

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2017

Zuzana Čechová

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Fyzioterapie



Zuzana Čechová

Dyspareunie a její léčba fyzioterapií

Dyspareunia and the Treatment by Physiotherapy

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Bc. Ida Hurtíková

Praha, rok 2017

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat hlavně mé vedoucí bakalářské práce, paní Bc. Idě Hurtíkové, za vypsání velice unikátního téma BP, vedení, podporu, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a formální úpravu této práce. Vrchní sestře VFN gynekologicko-porodnického úseku, paní Haně Rittsteinové, za poskytnutí mnoha kontaktů na místa, kde bych mohla najít pacientky pro tuto práci. Paní Mgr. Jindřišce Hálkové z 1. LF za konzultaci k MT a ošetření TrPs břišní stěny a oblasti pánve. Paní doktorce MUDr. Martě Brychtové z kurzu pánevního dna. Dále Mgr. Michaele Havlíčkové z FN v Motole za konzultaci k MT a ošetření TrPs pánevního dna a okolí. Ing. Bc. Pavlovi Víchovi za ukázkou jógových pozic. Tato práce by nevznikla bez pana doktora odb. as. MUDr. Lud'ka Fialy, MBA, který mi poskytl pacientky, pomohl s dotazníky a vedl teoretickou část BP. A samozřejmě děkuji pacientkám za pravidelná setkávání, snahu a otevřenost! Nakonec bych ráda poděkovala své rodině za trpělivost a podporu během studia.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze:

Jméno, příjmení: Zuzana Čechová

Podpis studenta:

Identifikační záznam:

ČECHOVÁ, Zuzana. *Dyspareunie a její léčba fyzioterapií. [Dyspareunia and the Treatment by Physiotherapy]*. Praha, 2017. 96 stran, 7 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Bc. Ida Hurtíková.

Jméno, příjmení: Zuzana Čechová

Vedoucí práce: Bc. Ida Hurtíková

Oponent práce:

Název bakalářské práce: Dyspareunie a její léčba fyzioterapií

ABSTRAKT:

Cílem této bakalářské práce je zjistit vliv fyzioterapie na léčbu dyspareunie u vybraných pacientek a podat ucelený přehled o této diagnóze. V teoretické části jsem popsala pánevní dno z anatomického i funkčního hlediska, jeho aktivitu v HSS a při souloži. Vypsala jsem přehled ženských sexuálních dysfunkcí včetně dyspareunie, jejích projevů, dělení, etiologií a možnosti terapie. Praktická část obsahuje dvě kazuistiky pacientek s dyspareunií. Obě prošly gynekologickým, sexuologickým, psychologickým i dalšími vyšetřeními s negativními výsledky. Předpokladem u těchto pacientek je hypertonické dysfunkční pánevní dno. Terapii jsem zaměřila na uvědomění, relaxaci a správnou aktivitu pánevního dna, případná zřetězení a výsledky celkového komplexního fyzioterapeutického vyšetření. Snažila jsem se působit i na psychickou stránku pacientek. Pacientky měly osm intenzivních terapií po dobu více než dvou měsíců se zadaným cvičením na doma. U obou došlo ke zlepšení kondice, psychiky, celkové postury a uvědomění si pánevního dna a jeho tonu. U první pacientky se povedlo bolest zmírnit. U druhé zůstala bolest téměř beze změny. Rozdíl mezi nimi je hlavně v etiologii dyspareunie. Fyzioterapii bych hodnotila zejména jako neinvazivní metodu léčby s celkovým pohledem na pacienta. Vhodnou zařadit do komplexní multioborové péče o pacientky s touto složitou a velice různorodou diagnózou.

Klíčová slova: dyspareunie, bolesti při sexu, ženské sexuální dysfunkce, pánevní dno, funkční anatomie, fyzioterapie

Name, surname: Zuzana Čechová

Supervisor: Bc. Ida Hurtíková

Opponent:

Title of bachelor thesis: Dyspareunia and the Treatment by Physiotherapy

ABSTRACT:

The aim of this bachelor thesis is to determine the effect of Physiotherapy through treatment of Dyspareunia in selected patients, and to provide a comprehensive overview of this diagnose. In the theoretical part described the Pelvic floor muscles from anatomical and functional view and their activity in Deep stabilizing muscles and during the coitus. Next an overview of Female sexual dysfunctions included Dyspareunia, her manifests, classification, etiology and possibilities in the treatment. The practical part contains two case reports of patients diagnosed with Dyspareunia. Both patients went through gynecological, sexuological, psychological and other checkups with negative results. Assumption in these patiens is dysfunctional Pelvic floor muscles in contraction. I aimed the therapy on notification, relaxation and correct activity of the Pelvic floor muscles, concatenations and results of the general comprehensive Physiotherapy examination. I attempted to touch the psychological aspect of the patients as well. Patients had eight intense therapies during more than two months and assigned to exercise at home. Both patients improved condition, mentally, general posture and notification of the Pelvic floor muscles and their contraction. The first patient succeeded successfully reduce the pain. The pain of the second patient remained almost unchanged. The difference between them is mainly in the etiology of Dyspareunia. I would mainly assessed Physiotherapy as non-invasive treatment method with an overall view of the patient and appropriate to include Physiotherapy in a comprehensive multidisciplinary care for patients with this complex and very diverse diagnose.

Key words: Dyspareunia, Sexual Pain, Female Sexual Dysfunction, Pelvic Floor muscles, Functional anatomy, Physiotherapy

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

OBSAH

1. ÚVOD	11
2. TEORETICKÁ ČÁST	13
2.1. Pánevní dno	13
2.1.1. Anatomický pohled na pánevní dno	13
2.1.2. Funkční pohled na pánevní dno	17
2.1.3. Pánevní dno v HSS a při souloži	18
2.2. Ženské sexuální dysfunkce	19
2.2.1. O ženských sexuálních dysfunkcích	19
2.2.2. Touha a její dysfunkce	20
2.2.3. Vzrušení a jeho dysfunkce	20
2.2.4. Orgasmus a jeho dysfunkce	20
2.2.5. Nelibé až bolestivé pocity při souloži	21
2.2.5.1. Vaginismus	21
2.2.5.2. Dyspareunie	21
2.2.5.2.1. Projevy dyspareunie	22
2.2.5.2.2. Dělení dyspareunií	22
2.2.5.2.3. Etiologie dyspareunií	23
2.2.5.2.4. Terapie dyspareunií	24
3. PRAKTICKÁ ČÁST	27
3.1. Metodologie	27
3.2. Kazuistika č. 1	29
3.3. Kazuistika č. 2	45
6. DISKUZE	61
7. ZÁVĚR	64
8. SEZNAM ZKRATEK A VYSVĚTLIVEK	66

9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
10. SEZNAM OBRÁZKŮ	73
11. SEZNAM PŘÍLOH	74
Příloha č. 1 - Informovaný souhlas	75
Příloha č. 2 - Normy vyšetření ROM.....	76
Příloha č. 3 - Dotazník ASFQ.....	77
Příloha č. 4 - Dotazník FSFI.....	82
Příloha č. 5 - Dotazník SCL 90.....	88
Příloha č. 6 - Dotazník vizuální analogové škály	95
Příloha č. 7 - Dotazník zakreslení bolesti	96

1. ÚVOD

„V povědomí běžné populace jsou spíše mužské dysfunkce, jako poruchy erekce nebo poruchy ejakulace, s dysfunkcemi žen si společnost příliš hlavu neláme. „Vždyť žena může, i když nechce, kdežto muž, i když chce, často nemůže.“ (Fiala, 2015, s. 46)

Jako aktuální problém udává dyspareunii kolem 14% žen, z nichž 45% trpí celoživotně. Což je překvapivě celkem častý stav. Charakter dyspareunie se velice mění v celé délce života. Nejčastěji se udává u žen od 18-24 let. Ačkoli se většinou spojuje se změnami vaginální pružnosti a lubrikace po menopauze. (Meana, 2009)

Mnoho žen tento problém s lékaři neřeší, takže se často nijak neléčí. Většinou je toto téma tabu. Výskyt dyspareunie může být tedy ještě daleko větší. Tomuto problému ani není moc detailně porozuměno. Jedná se hodně o subjektivní pocity, které jsou špatně měřitelné a popsatelné. Pro mou práci tedy i těžko objektivně hodnotitelné.

Bolest při souloži komplikuje či zcela znemožňuje pohlavní život. Způsobuje párové sexuální problémy a emoční napětí.

Etiologie dyspareunie může být velice různorodá. Od psychických příčin či nedostatku lubrikace, přes poporodní příčiny a záněty, až závažná gynekologická onemocnění. Z hlediska pestré škály příčin by se rozhodně neměla žádná i mírná bolest bagatelizovat. Při řešení dyspareunie je zapotřebí komplexní multioborový přístup do kterého fyzioterapie zatím nespadá, ačkoli ji někteří lékaři ve svých článcích uvádí jako možný reálný léčebný postup. (Fiala, 2015, s. 46)

Cílem mé bakalářské práce je podat přehled o této diagnóze a zjistit vliv a míru vlivu fyzioterapie na dyspareunii. Najít fyzioterapeutický přístup, který je nejvhodnější a nejúčinnější. Chtěla bych také zjistit, jestli jsou pacientky s těmito problémy směřovány na fyzioterapii a jak s pacientkami pracují samotní fyzioterapeuti. Pro zahájení účinné terapie však hodně záleží na důvodu vzniku dyspareunie, takže je třeba přistupovat ke každé pacientce velice individuálně. Jako důležité vidím podívat se na problém dyspareunie z komplexního hlediska. Neboť funkční poruchy se často řetězí.

K výběru tématu mě motivovalo zaměření na ženy. Sama jsem žena a může mě to třeba také potkat. Zajímalo mě například, kdy jde v tomto případě již o dysfunkci a co k tomu vede. Několik let jsem pracovala i docházela sama cvičit do dámských fitness center. Prošla různá školení zaměřené na ženy různých věkových kategorií a životních etap. A pochopila jsem, že naše mentalita a cíle jsou úplně jiné než u mužů. Vše je hodně o pocitech a komunikaci. Ne ani tak o výsledcích. Neboť s výsledkem většinou

stejně žádná nebudeme úplně uspokojena. Motivací je tedy pracovat se ženami dále a dozvědět se o tomto málo známém - skoro tabu tématu více.

V teoretické části mé práce jsem podala souhrn informací o anatomii a funkci pánevního dna a jeho využití v HSS a při souložích. Vypsala jsem ženské sexuální dysfunkce a popsala jsem projevy, dělení, etiologii a terapii dyspareunií.

Pro praktickou část bylo nejtěžší získat pacientky s touto diagnózou. Jedná se o problém, který na první pohled na nikom nepoznáte a ani se na něj nemůžete přímo zeptat. Na pacientky nahlížím komplexně a individuálně z pohledu fyzioterapie. Terapie vychází z celkového kineziologického vyšetření včetně krční páteře a plosek nohou, kam se problémy pánevního dna často řetězí. Dále jsem se zaměřila na celou páteř, dechový stereotyp, HSS, pánev a kyč. kll. Cílem mé terapie je edukovat pacientky o pánevním dnu, jeho základní anatomii, umístění, funkci, důležitosti, uvědomění jeho pozice, fáze (relaxace, kontrakce) a naučit je s ním pracovat, vnímat ho, používat a vědomě relaxovat. V terapii jsem použila prvky ze speciálních metod jako Senzomotoriku, Posturální terapii, Vojtovu metodu, metodu Brunkow, DNS, metodu dle Klappa. MT na břišní stěnu, pánev, pánevní dno a okolí. Snažila jsem se i o zlepšení psychiky. Dále jsem se ptala samotných fyzioterapeutů a lékařů na jejich zkušenosti a rady. Hodnocení praktické části bude probíhat subjektivně pacientkami a formou dotazníků. Objektivně mým fyzioterapeutickým vyšetřením před a po terapii.

Ve většině případů se řeší ochablé pánevní dno, kdy nastává problém inkontinence a pacientky si tak zajdou k lékaři. Problém je všeobecně již známý a fyzioterapie je ve většině případů metoda první volby s již potvrzenými pozitivními účinky fyzioterapie jako plnohodnotné konzervativní léčby. U dyspareunie je však fyzioterapie velká neznámá, spíše vedena jako možná metoda poslední volby, která by mohla pomoci po neúspěšných ostatních vyšetřeních. Diagnóza je totiž velice variabilní a komplikovaná s hlubokým psychologickým podtextem, emocemi, partnerském soužití a zážitky pacientek. Problém pacientek je navíc velice citlivý. A i přes tento problém mohou mít soulož a všechny aspekty ženských sexuálních dysfunkcí v pořádku, včetně uspokojení.

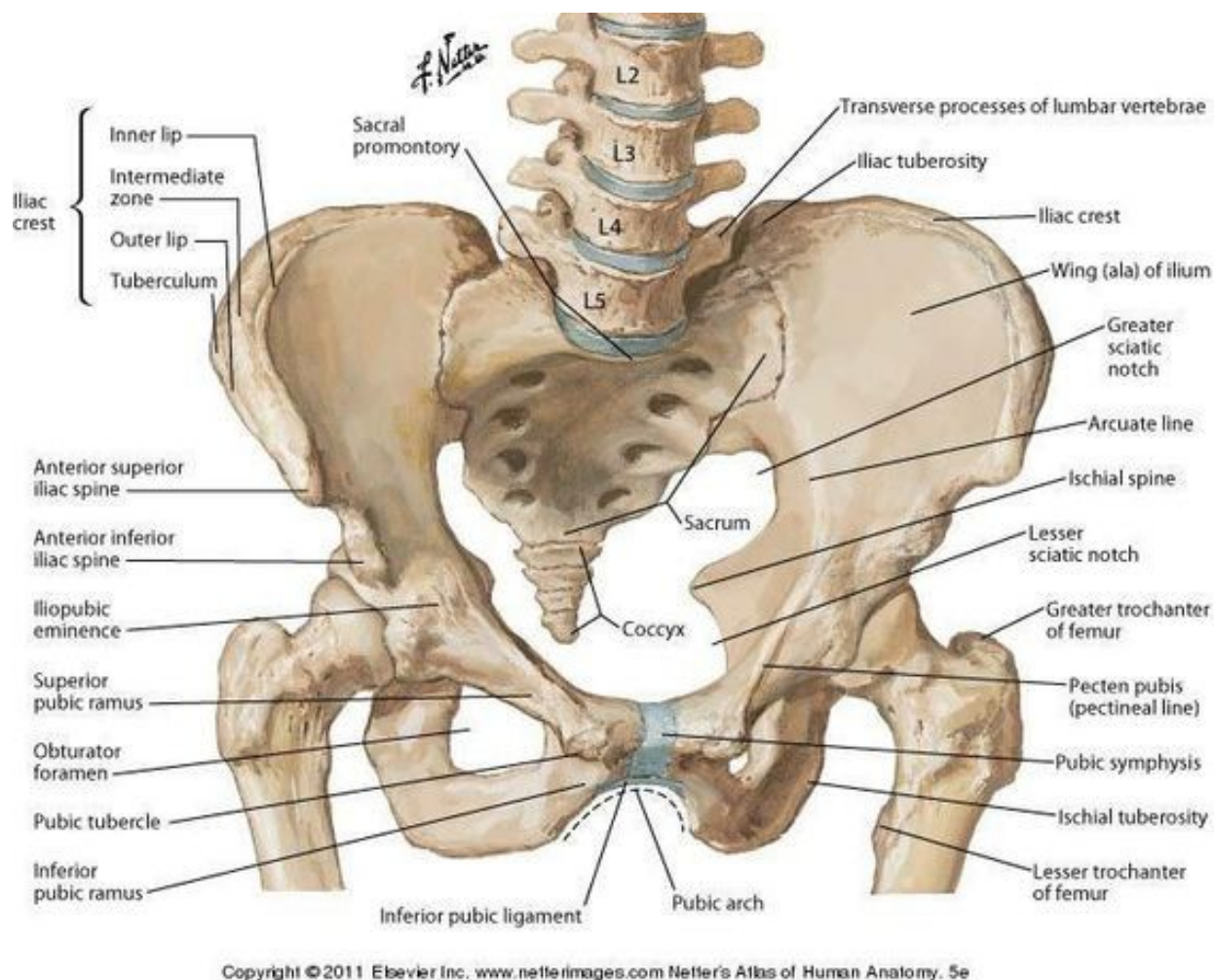
Dotazník pro hodnocení psychologických funkcí Scl 90 (Roček, 2017 podle Derogatis, 2010), včetně jeho hodnocení (Hauge, 2001-2009 podle Derogatis, 2010), se nachází v několika podobách i volně na webu, např: <http://1url.cz/Ftktk>, 1url.cz/9tkDU. V tomto případě byl podle zásad citování ocitován primární dokument. (viz. Seznam použité literatury, str. 69)

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Pánevní dno

2.1.1. Anatomický pohled na pánevní dno

Základ pro správně fungující PD je již kostra pánve. Její postavení, ale i postavení kyč. kll., kostrče, postavení a zatížení celé páteře, pohyblivost SI skl. Ze vzdálenějších segmentů zejména A/O skloubení, hrudník a plosky nohou.

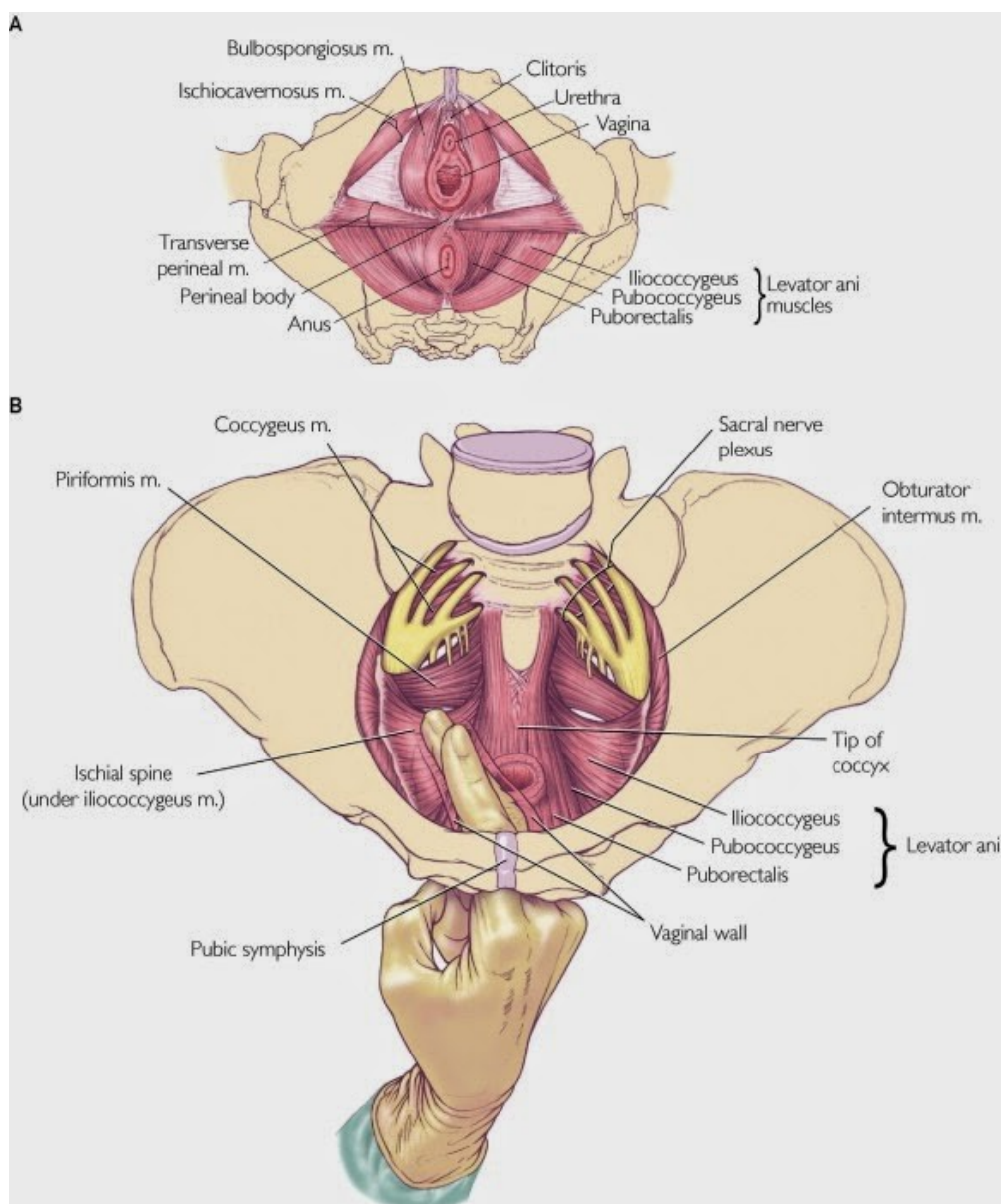


Obr. 1 – Kostra pánve (Jameel, 2015)

PD je tvořeno příčně pruhovanou svalovinou a vazivovými pruhy. Anatomicky se dělí na diafragmu pelvis, diafragmu urogenitale a svěrače.

Diafragma pelvis je vyvinutá ze svalů ocasní páteře v důsledku napřímení. Vysvětluje se tím velké emoční propojení právě v této oblasti. Když se pes raduje, vrtí

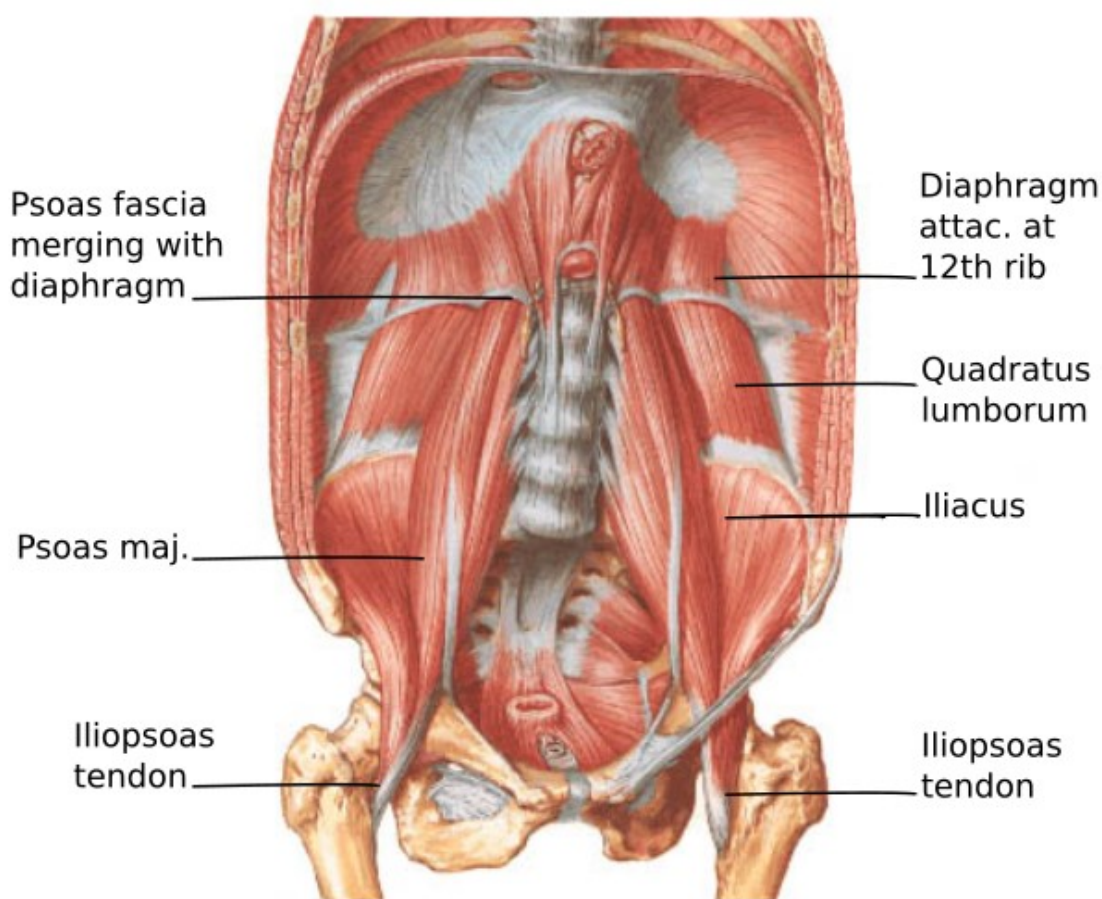
ocasem. Když se bojí, ocas stáhne. PD je v napětí. (Čihák, 2001) Patří sem m. levator ani /m. pubococcygeus, m. iliococcygeus, m. puborectalis/ a m. coccygeus.



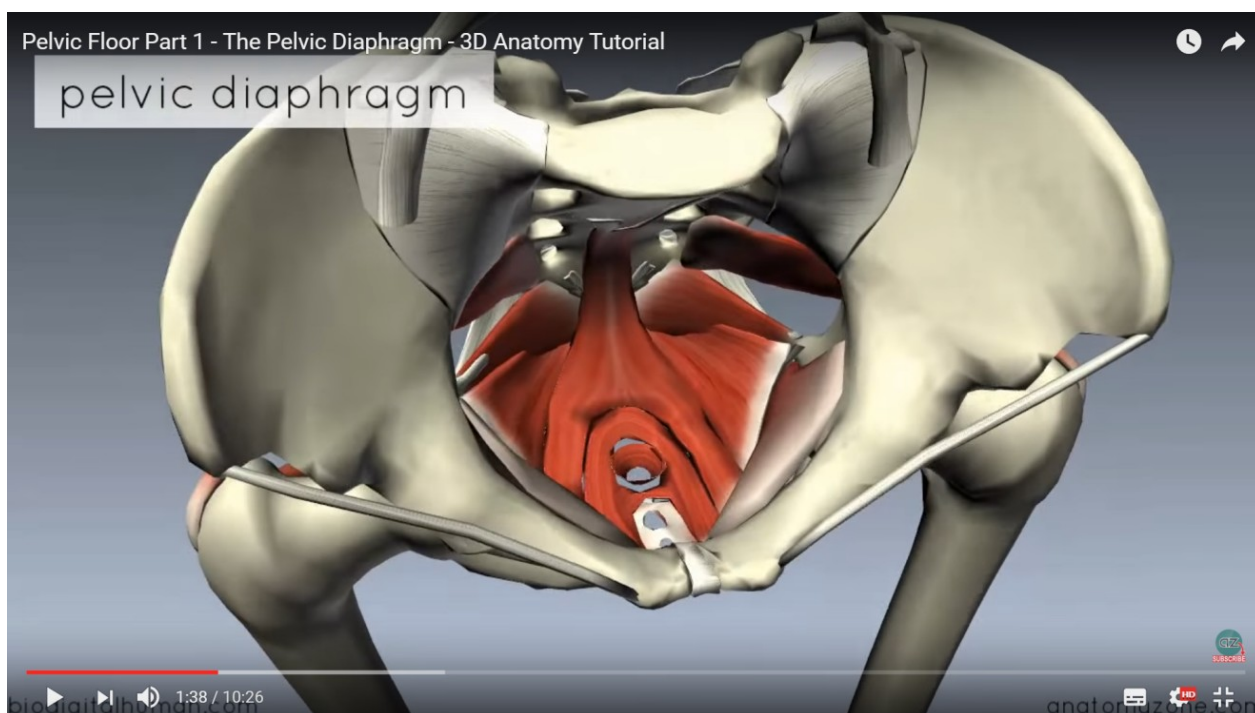
Obr. 2 – Pánevní dno, ukázka interního vyšetření TrPs PD, hlavně m. levator ani- m. pubococcygeus A) pohled zespoda B) pohled shora (Weiss, 2012-2014)

Diafragma urogenitale a svěrače vznikly ze svěrače kloaky a patří sem m. transversus perinei prof. a spf., m. sfinkter uretrae ex. a m. sfinkter ani ex. Dále svaly vázané k zevním pohl. org., m. ischiocavernosus a m. bulbocavernosus.

Diafragma pelvis je kraniálněji a má tvar ploché nálevky. Mezi svaly pravé a levé stěny je vpředu štěrbina hiatus urogenitalis, kterou prochází močová trubice a u žen pochva. Dorzálněji tvoří svalové snopce otvor canalis analis pro konečník. Nejmediálnější snopce se kladou z boku na vaginu a tvoří za ní smyčku - m. pubovaginalis (část m. levator ani). „*Diafragma pelvis představuje pružnou spodinu pánve a je současně aktivní a napíná se v souhybu se zádonými svaly a se svaly tělní stěny.*“ (Čihák, 2001) Podpírá org. v malé pánvi, jejichž vývody probíhají skrz hilus urogenitalis /pochva, močová trubice a konečník/.



Obr. 3 – Pánevní dno a propojení se svaly trupu a bránicí (Lau, 2015)



Obr. 4 – Pánevní dno 3D Anatomy (AnatomyZone, 2013)

Diafragma urogenitale a svěrače jsou kaudálně od diafragma pelvis a nemají posturální funkci. „Působí jako svěrače konečných úseků trávicí, vylučovací a pohlavní soustavy.“ (Čihák, 2001, 2006)

Špatné postavení pánve či hrudníku vede k napětí v pánvi. Osa těla by měla být vyrovnaná, korigovaná. A to nejen ve statických polohách jako sed a stoj. (Mgr. Michaela Havlíčková, FN Motol, 2017) Postavení pánve ovlivňují svaly okolí. Kromě svalů trupu (viz Obr. 3) také hluboké svaly kyčle- m. piriformis, m. gemellus sup./inf., m. obturatorius int./ex. a m. quadratus femoris. Funkce všech těchto svalů je ZR kyčle. Často se zde objevují TrPs a svaly jsou přetížené. Do m. obturatorius int. se dokonce upíná sval pánevního dna, m. levator ani. (Mgr. Michaela Havlíčková, FN Motol, 2017) Ale i ostatní, povrchové svaly DK, se upínají na pánev a tím ji ovlivňují.

Inervace PD jde z větve S3-S4 n.pudendus z plexus sacralis. (Grim, 2001-2006, s. 120-121)

Cévní systém pánve začíná v úrovni L4, kde se dělí aorta na a. iliaca comm. dex. et sin., a jde podél m. psoas major. Dále se dělí na a. iliaca ext. a int., která jde po boční straně malé pánve a zásobuje její stěnu a orgány malé pánve. Její hlavní parietální větve jsou aa. sacrales lat. (pro m. piriformis a PD), a. obturatoria (pro m. obturatorius) a

hlavní viscerální větve jsou a. vesicalis inf., a. uterina, a. vaginalis, a. rectalis media a a. pudenda int.

Žilní systém se v úrovni L4 spojuje do v. iliaca comm. a dává vznik dolní duté žíle. Přítoky v. iliaca comm. jsou v. iliaca ext. a int. V. iliaca int. přijímá žíly od orgánů malé pánve a z hráze, žilní pleteně jsou /plexus venosus sacralis, rectalis, vesicalis, uterus et vaginalis/ a hlavní přítoky, které jdou s arteriemi.

(Machálek, 2009, s. 1-3)

2.1.2. Funkční pohled na pánevní dno

PD můžeme dle fyzioterapeutického hlediska rozdělit na 3 vrstvy svaloviny podle jejich funkce a uspořádání. Kraniální vrstva jde v sagitální rovině, mediální ve frontální rovině a kaudální znovu sagitálně. Jde o velice funkční uspořádání. PD musí účinně ale i pružně uzavírat pánevní vchod a držet orgány i tělní vývody proti gravitaci. V malé pánvi se nachází těžiště těla.

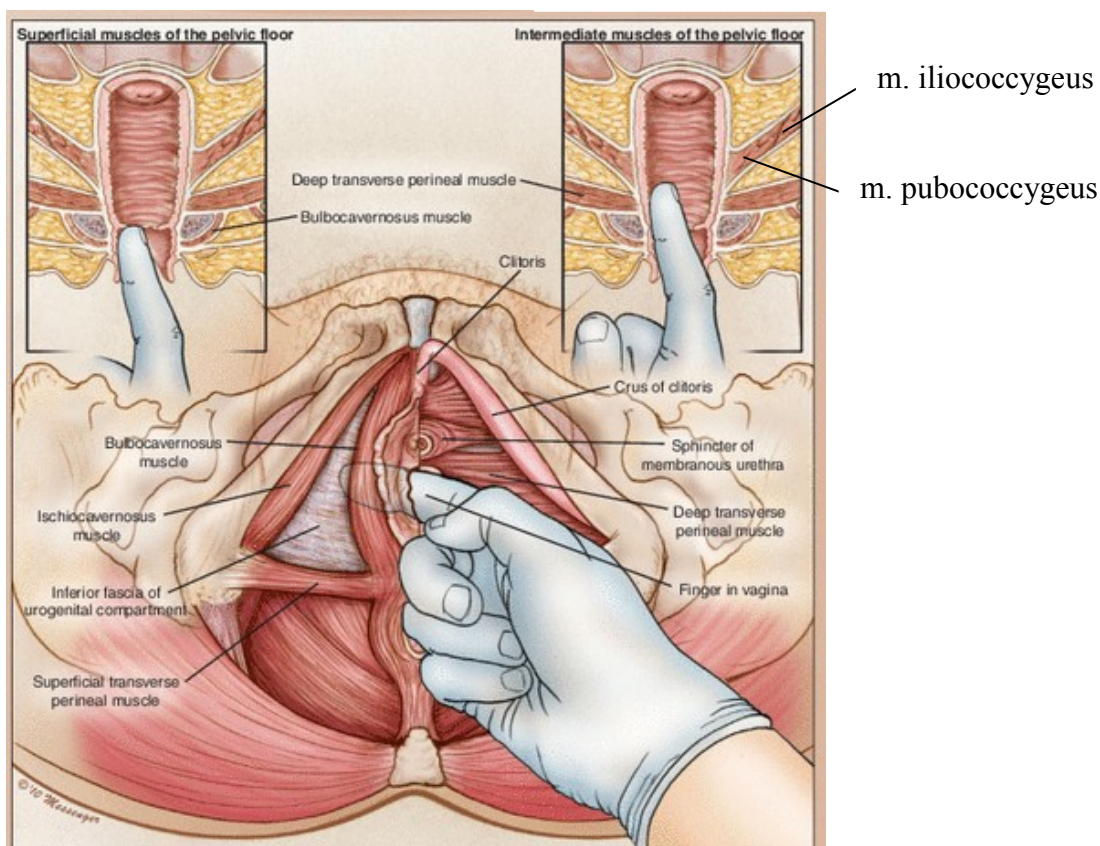
Kaudální vrstva neboli svěrače /m. ischiocavernosus, m. bulbocavernosus- svírající pochvu, m. transversus perinei spf., m. sfinkter ani ex., m. sfinkter urethrae ex./. Svalová vlákna této vrstvy probíhají od stydké kosti ke kostrči a vypadají jako ležatá osmička. Většinou nejde o vrstvu, která by musela být zvlášť posilována, neboť je používána při vyměšování. Znamé zadržování a zastavování proudu moči, kdysi bráno jako posilování PD (tzv. Kegelovy cviky), již dávno neplatí. Nejen že se zapojuje především tato vrstva, ale ještě si tím můžete narušit přirozený vyměšovací reflex.

Intermediální vrstva /m. levator ani- hlavně m. puborectalis, m. sfinkter ani ex., m. transversus perinei prof./ uzavírá pánevní vchod. Pokrývá přední polovinu malé pánve a probíhá mezi tuber ischiadicii. Vlákna obkružují spirálovitě močovou trubici a mají tedy také významnou roli při uzavírání močového měchýře. U žen probíhá touto vrstvou vagina. Tato vrstva je tvořena z velké části vazivovými provazci a jen tenkou svalovinou.

Kraniální vrstva /m. levator ani a m. coccygeus/ je základ pro statiku a dynamiku. Ze všech vrstev má největší svalovou hmotu. Podpírá břišní org. a měla by je udržet tam, kde mají být i přes otřesy způsobené např. kašláním, chůzí či během. PD v optimálním napětí pomáhá cítit se sebevědoměji a mít lepší sexuální prožitek.

(Reeves, 2008, s. 14-15)

Profundus muscles of the Pelvic floor



Obr. 5 – Funkční vrstvy pánevního dna, *palpae per vaginam* (Sarton, 2010)

2.1.3. Pánevní dno v HSS a při souloži

Běžně se PD neaktivuje samo o sobě, ale ve spolupráci se svaly břišní dutiny a celým HSS. Patří sem zepředu a ze stran hluboké svaly břišní /m. transversus abd., m. obliquus abd. int. a ext./. Zezadu hluboké svaly páteře /mm. multifidi, mm. interspinoși a mm. transersarii/. Shora bránice a zespoda dutiny břišní PD.

Při dýchání, mluvení, kašli, smíchu ale i třeba při pohybu končetin se vytváří tlak v břiše, který je rozprostřený do všech směrů břišní dutiny i přes břišní org. Hluboké svaly břišní, PD a bránice spolupracují na ochraně břišních org. a páteře při vytváření a změnách tohoto tlaku v břišní dutině. Skrz toto je PD nepřímo zapojeno do dýchacích a dalších činností. Tato spolupráce je velice důležitá pro vnitřní napřímení těla, stabilitu a stabilizaci trupu, hlavně páteře. Při nestabilitě, hlavně při velkých zátěžích, dochází především k přetížení bederní páteře a výhřezům plotének.

PD relaxuje (přesněji kontrahuje excentricky do délky) při nádechu, aby pomohlo kaudálnímu posunu bránice (kontrakci) a tím zvětšit nádech a především ochránit vnitřní orgány proti tlaku v břišní dutině.

Při výdechu či kašli se PD kontrahuje spolu s hlubokými svaly břicha, aby pomohly kraniálnímu posunu bránice (relaxaci), zvýšením nitrobřišního tlaku. Při kontrakci PD se zvýší břišní tlak o 6mmHg.

Aktivita PD při dechových funkcích tedy ovlivňuje pohyby bránice a nitrobřišní tlak, čímž ochraňuje vnitřní orgány, zefektivňuje dechové funkce a aktivuje kontrakci hlubokých svalů břišních. Cvičení PD by mělo být součástí dechové gymnastiky.

(Hanky, 2015, s. 2113-2115)

Při souloži pracuje ženské PD správně v excentrické dekontrakci, tedy udržuje pochvu otevřenou. A to hlavně díky m. levator ani- m.pubococcygeus, společně s vazy a pánevní fascií. Především svaly a vazy PD, které vyplňují přední část pochvy- hilus urogenitalis, tahají do stran, a tím zvětšují vaginální dutinu, připravující se na příjem ejakulátu. Ejakulát následují až k děložnímu hrdlu díky pubo-rectálním kontrakcím. Aktivita těchto svalů se synchronizuje se svaly PD ve vytváření vaginálního rozpětí pro úpravu vaginy na rozměr penisu. Tento efekt pomáhá v udržení mužovy plné erektce. (Rossetti, 2016, s. 35) Což může mít spojitost s výskytem poruch erektce u mužů v pozdějším věku. Kdy se ženám v období menopauzy zhoršuje pružnost vaginy.

2.2.Ženské sexuální dysfunkce

2.2.1. O ženských sexuálních dysfunkcích

Některou z ženských sexuálních dysfunkcí, neboli FSD (female sexual dysfunction) má 30-50% žen. (Šrámková, 2015, s. 75)

Diagnóza FSD se stanovuje, když pacientka nemá sexuální život, jaký by si sama představovala. Důvody mohou být jakékoli. (Fiala, 2015, s. 46)

Etiologie FSD je multifaktoriální. Tedy klasicky psychosomatické onemocnění, u kterých je potřeba respektovat komplexní bio-psycho-sociální povahu. (Weiss, 2010, s. 339)

Pro stanovení diagnózy se tedy musí provést podrobná anamnéza, jak rodinná, osobní, gynekologicko-porodnická, sociální, sexuální a hlavně gynekologická vyšetření. (Fiala, 2015, s. 46) Nemělo by se zapomenout ani na psychologická vyšetření.

Bortolami (2015) Zkoumal vztah mezi napětím pánevního dna u žen a sexuálními dysfunkcemi. A zjistil, že ženy s nižším napětím pánevního dna mají výrazně nižší sexuální dysfunkce a nižší bolesti.

Dle mezinárodní klasifikace WHO jsem vypsala základní rozdělení FSD (ÚZIS ČR, 2013):

2.2.2. Touha a její dysfunkce

Díky podrobné anamnéze by se měl vyloučit přirozený pokles touhy dané stereotypem soužití partnerů. Může být jen snižená, nebo chybět úplně. Hormonální antikoncepce touhu snižuje. (Fiala, 2015, s. 46)

„Důvody snížené touhy mohou být biologické (únava, deprese, hypofunkce štítné žlázy, snížená hladina estrogenů, DM, kardiologické, onkologické, neurologické a další onemocnění) a dále psychosociální problémy ve vztahu (rozchod, nevěra, zkušenosti z minulosti- sexuální zneužívání a znásilnění.).“ (Šrámková, 2015, s. 75)

2.2.3. Vzrušení a jeho dysfunkce

Sexuální vzrušení je spojeno se sníženou lubrikací při somatogenním onemocnění. (Fiala, 2015, s. 46) Dá se ale docela jednoduše řešit použitím lubrikačních gelů.

Může ale také dojít k dysfunkcím vzrušení jen ze subjektivního psychického pohledu. Tím pádem je lubrikace úplně normální ale pacientkám osobně pocit dostatečného vzrušení chybí. (Fiala, 2015, s. 46)

Šrámková (2015, s. 75) zmiňuje jako zdroj vzrušení jen klitoris, pochvu, psychiku a emoce. Toto popisuje lépe Weiss (2014, s. 20) *„U většiny mužů je vzrušivost soustředěna na genitální oblast, u žen je erotogenní zónou celé její tělo.“*

2.2.4. Orgasmus a jeho dysfunkce

Orgasmus u žen by se dal definovat objektivně jako rytmické kontrakce PD, někdy i dělohy a oblasti konečníku. Subjektivně, jako vrchol rozkoše s pocitem klidu, uvolnění, pohody a štěstí. (Fiala, 2015, s. 46)

Nedosáhnutí orgasmu není úplně tak sexuální dysfunkcí, neboť 25% žen ho nikdy neprožije. A když žena dosáhne při sexu velkého vzrušení a uspokojení, ačkoli orgasmu nedosáhne, nepovažuje se to za sexuální dysfunkci. (Fiala, 2015, s. 46)

Dle Šrámkové (2015, s. 76) i Weisse (2014, s. 22) je u ženy, na rozdíl od mužů, potřeba sexuální vyzrálosti, která je často až kolem 30 let. U mužů okolo 20 let a pak už se nemění.

Do rozdělení FSD bych mohla zařadit ještě satisfakci, neboli sexuální uspokojení. Ačkoli spousta žen nedosahuje orgasmu, či pociťuje určitý stupeň bolesti, jsou se svou sexuální aktivitou více či méně spokojeni. (Weiss, 2010, s. 345) „*Ženy daleko častěji považují pro svůj uspokojivý sexuální život za důležité citové vztahy, intimitu a duševní porozumění, které přispěje k jejich potřebnému sexuálnímu vyladění a uspokojení více než dokonale fungující penis.*“ (Kratochvíl, 2008, s. 18)

2.2.5. Nelibé až bolestivé pocity při souloži

Poslední skupina FSD, kterou bych hodnotila jako nejvíce závažnou, neboť sexuální aktivity by měly být výhradně kladné a příjemné pocity, jsou pocity nelibé až bolestivé. Způsobující u pacientů nechuť k sexuálním aktivitám a problémy ve vztazích.

2.2.5.1. Vaginismus

I když si to žena sama přeje, nelze zavést penis nebo jiný předmět do vaginy. A to neustále, nebo jen opakovaně. Může být následkem negativní zkušenosti, ačkoli nemusí být dysfunkce orgasmu, touhy či vzrušení. (Fiala, 2015, s. 46)

Projevuje se prsténkovitými spasmy pochvy při pokusech o dilataci. (Weiss, 2010, s. 345)

2.2.5.2. Dyspareunie

Dá se ještě blíže specifikovat na dyspareunii, jakožto „*nepříjemné pocity v pochvě při frikčních pohybech při pohlavním styku*“ a algopareunii „*bolestivý*

sexuální styk.“ (Šrámková, 2015, s. 77) Obecně se ale míní pod dyspareunií obojí. (Fiala, 2015, s. 46)

Bolest může být opakující se nebo trvalá. (Dean, 2014, s. 465)

Bolest při pohlavním styku může postihnout i muže, je ale většinou spjata jen s organickými problémy jako fimóza, záněty prostaty, prekancerózy, pohlavní nemoci, bolesti bederní páteře, nebo také dysfunkce PD. (Šrámková, 2015, s. 73)

U žen se zabývá etiologií obtíží v samostatné podkapitole. Jde o mnohem komplikovanější diagnózu než u mužů. Často je velmi důležitá psychika. Aneb, jak je u žen známo „všechno souvisí se vším“.

2.2.5.2.1. Projevy dyspareunie

Nepříjemné pocity, bolest, svědění (Eserdag, 2015), pichlavý, ostrý nepříjemný pocit či pocit pálení. (údaje pacientek) A to v oblasti vaginy, močové trubice či měchýře. Bolest může nastat během soulože nebo až po souloži. A může se vyskytovat například jen při hlubokém pronikání mužova údu, nebo ve všech fázích soulože. K bolesti při souloži může také nastat jen po používání tampónů, které absorbují přirozenou vaginální lubrikaci.

2.2.5.2.2. Dělení dyspareunií

1. Dělení dyspareunií dle WHO (ÚZIS ČR, 2013, s. 230, 507):

Dyspareunie neorganická/funkční/psychogenní (Vinopalová, 2012, s. 40)

F52 = sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí

F52.2. = selhání genitální odpovědi, u ženy jde o nedostatečnou schopnost lubrikace

F52.6. = psychogenní dyspareunie, pokud není žádná primární neorganická FSD (např. vaginismus, suchost vaginy)

Dyspareunie organická/nepsychogenní (Vinopalová, 2012, s. 40)

N94 = Bolest a jiné stavy sdružené s ženskými pohlavními orgány a menstruačním cyklem

N94.1. = Dyspareunie organická

2. Dělení dyspareunií dle vzniku:

Primární dyspareunie – při prvních pokusech o pohlavní styk (nedostatečná lubrikace, psychika, neohleduplná imise, infekce)

Sekundární dyspareunie – získaná v průběhu sexuálního života (menopauza, endometrióza, záněty, gynekologické operace), (Weiss, 2010, s. 345)

Poporodní dyspareunie – i po přirozeném porodu s normálním průběhem

3. Dělení dyspareunií dle lokalizace:

Povrchová – kožní problémy, vulvodynie, lubrikace, může být i vaginismus

Hluboká – patologie pánevních orgánů, endometrióza, infekce pánve a dělohy, srůsty pánve, cysty, myomy, retroverze dělohy

Obojí – vaginální atrofie, vaginální a močové infekce, po porodu

Střední část – spasmus PD, hlavně m. levator ani (Steege, 2009, s. 1130)

Lokální – lékař vyšetří vatovou štětičkou v pochvě přesné místo bolesti

Generalizovaná

(Vinopalová, 2012, s. 40), (Reguli, 2011, s. 3), (Dean, 2014, s. 466)

2.2.5.2.3. Etiologie dyspareunií

Psychologické příčiny: negativní postoj k partnerovi či k sexu vůbec (Kratochvíl, 2008, s. 133), partnerský sexuální nesoulad (Šrámková, 2013, s. 48), negativní zkušenosti či trauma (znásilnění).

Organické příčiny: cévní, hormonální /atrofie pochvy, nedostatek estrogenů a lubrikace, vše charakterizuje stav menopauzy/ (Šrámková, 2013, s. 48), komplikace ženského cyklu, záněty /kolpitida, zánětlivé procesy v malé pánvi/ (Šrámková, 2013, s. 48), infekce /herpes genitalis/ (Šrámková, 2013, s. 48), úrazy /v případě poranění pánevního kruhu a symfýzy se objevuje dyspareunie v 70% případů, ruptura močového měchýře je spojena s dyspareunií téměř vždy/ (Šrámková, 2015, s. 158), nádory a onkologické terapie /zúžení pochvy po operačním řešení či radioterapii/ (Šrámková, 2013, s. 48), gynekologická onemocnění /anomálie ženských orgánů, endometrióza- u těchto pacientek se objevuje hypersenzitivita, která ještě umocňuje bolesti při sexu (Steege, 2009, s. 1135), retroverze dělohy/, stavy po porodu (i když byl porod spontánní a bez komplikací), stavy po závažnějších onemocněních /např. nádorových/ (Fiala, 2015, s. 46), gynekologické operace (Weiss, 2010, s. 345) a vývojové anomálie /vaginální septum/ (Šrámková, 2013, s. 48).

Funkční příčiny: vertebrogenní obtíže, svalové dysbalance (Šrámková, 2013, s. 48), dysfunkce PD (Fiala, 2015, s. 46). Důležité je vyloučit problém kloubní, hlavně kyčlí (artrózy) a kostní (osteoporózy).

Bolest může být také způsobena jen přílišnou velikostí údu. (Šrámková, 2015, s. 21) Dle Kratochvíla (2008, s. 133) může být příčina i genetická. Nejčastěji jde však o kombinace organických či funkčních příčin s těmi psychologickými. (Fiala, 2015, s. 46)

2.2.5.2.4. *Terapie dyspareunií*

Jelikož je velice pestrá škála příčin, které se navíc můžou kombinovat, a každá má úplně jinou terapii, musí se pacientky velice podrobně vyšetřit a najít příčinu. Důležitý je tým odborníků jako gynekolog, sexuolog, psycholog a součástí komplexní péče i diagnostiky fyzioterapeut.

Nejdůležitější je gynekolog, který odhalí veškerá organická onemocnění, která by dyspareunii mohla způsobovat. Nejčastější, a dala by se říct jedna z těch jednodušších terapií, je hormonální dysbalance estrogenů, častá u žen po menopauze. Kdy gynekolog jednoduše nedostatek hormonů doplní farmakologicky. Často ale spojené spolu se snížením pružnosti vaginy, z důvodu začínající atrofie orgánů. Dále častými záněty, řešené gynekologem, a nízkou lubrikací pochvy (Fiala, 2015, s. 46), dobře řešitelné např. prodloužením přede hry a odstraněním pravděpodobných negativních emocí (zejména strachu), které mohou lubrikaci blokovat. Nebo se může nahradit uměle (zvlhčujícími gely či lubrikovanými kondomy). V případě, že jde jen o nedostatek lubrikace, bolest se vyskytuje jen na začátku soulože a u poševního vstupu. (Kratochvíl, 2008, s. 133) Bolest pocíťovanou při hlubokém pronikání penisu do pochvy a jeho prudkém narážení na děložní čípek (bez gyn. příčin) je možno léčit vhodnou polohou a omezenějším pronikáním údu. (Kratochvíl, 2008, s. 134) Může se také jednat jen o přílišnou velikost údu (normálně 75mm v klidovém stavu) či menší velikost vaginy (normálně 100mm). (Šrámková, 2015, s. 21) Často se všeobecně podávají pro zmírnění bolesti lokální anestetika. Uleví od bolesti, ale nevyřeší příčinu. Po úrazech, porodech, a lékařských zákrocích je důležité, z hlediska fyzioterapie, zahájit včasnou RHB. Po porodu se ženám doporučuje zdržet se sexuální aktivity alespoň na dobu 6 týdnů.

Dále je vhodná spolupráce sexuologa, většinou gynekolog s atestací v sexuologii. Sexuologové jsou připravováni vidět člověka komplexně, jak z fyzické tak

z psychické stránky. (Weiss, 2014, s. 177-178) Vyšetřují formou specifické anamnézy, rozhovorů a dotazníků. (viz. Anamnéza: RA, SA a NO, Přílohy- dotazník č.2 ASFQ a dotazník č.3 FSFI) V anamnéze ohodnotí zejména SA, RA /dominance rodičů, vztahy v rodině, dětství, postoj k sexu v rodině/ a sexuální anamnézu /např. vztah ženy k sexualitě, první sexuální zkušenosti a negativní zážitky, sexuální traumata/.

Psycholog ohodnotí psychickou stránku člověka. Vše může být možná příčina dyspareunie. Rozhodně by se tedy neměla návštěva psychologa opomíjet, neboť u dyspareunií jde většinou o psychosomatické onemocnění a zejména u žen jsou sexuální aktivity vždy spojené s psychikou. Vyšetření probíhá formou rozhovorů a dotazníků. (viz. přílohy, dotazník č. 4 SCL 90) Psychologové zjistí např. /možnou hypersenzitivitu, depresi či fobii, vztah k vlastní ženské roli, k partnerovi a k mužům obecně, očekávání v sexu, jaké chování pacientku přitahuje, a které ji vadí. Zkoumá rozporné pocity k mužům a k sexu/. Pro zmírnění nepříjemných pocitů se mohou podat různá psychofarmaka. (Kratochvíl, 2008, s. 130)

Může však jít i o funkční příčiny (vertebrogenní obtíže, svalové dysbalance (Šrámková, 2013, s. 48) či dysfunkce PD (Fiala, 2015, s. 46). Je dobré na ně myslet hlavně po vyšetření všech předchozích aspektů. Jako první by se měla vyšetřit bolestivost a mobilita kostrče dle Mojžíšové. Jde o vyšetření per rektum a je v kompetenci gynekologů/ sexuologů či fyzioterapeutů se speciálním kurzem. Poté následná mobilizace kostrče by mohla pacientkám pomoci. Dle (Krulík, 2010, s. 71), který ve své diplomové práci jednorázově mobilizoval kostrč dle Mojžíšové u pacientek s dyspareunií a jednorázově ošetřil m. levator ani, vyzkoušel u pacientek zlepšení bolesti při sexuálních aktivitách. Popisuje ale, že *„samotná jednorázová mobilizace a ošetření se neosvědčily jako dostačující fyzioterapeutický zásah v úspěšné léčbě dyspareunie a doporučil bych další výzkum zaměřit na komplexnější fyzioterapeutický přístup. Optimálně s psychoterapií, sexoterapií a odpovídající gynekologickou léčbou.“* O to jsem se snažila v praktické části této BP. U pacientek, které mají všechny tyto zmíněné příčiny negativní, nebo již vyzkoušené a bez efektu a předpokládají se u nich hlavně funkční příčiny. (více viz praktická část BP)

Ať už se u pacientky nalezne organická, psychická či funkční příčina, její vyléčení ještě neznamená úspěšné vyléčení dyspareunie. Jde o komplexní onemocnění, které může kombinovat více příčin dohromady, či ani jasnou příčinu nemá. Možná by se ještě kromě komplexního pohledu na pacientky, mohlo podívat i na jejich partnery. Další příčina, proč sexuální dysfunkce nejsou u žen tak lehce léčitelné je, že ženy jsou

hodně emotivně založené a hodně emocí i jakékoli negativní zážitky se hromadí a projevují právě v oblasti PD. Hodně jsem se o tom dozvěděla právě na kurzu PD pod vedením MUDr. Marty Brychtové (skolapanevnihodna.cz, 2017) Pro začátek je dobré, snažit se odbourat hlavně mentálně negativní zkušenost. Sexualita by měla být příjemný zážitek. Pacientky by se měly snažit nestavit se již skoro k jakékoli sexuální aktivitě negativně. Myšlenka „bude to bolet“ se již projeví hypertonem PD, prohlubováním dyspareunie a nedostatečným uvolněním.

Alternativní způsoby léčby dyspareunie /čínská medicína, vaginální mapování, elektroterapie- rázová vlna, balneoterapie, hypnoterapie a aplikace botulotoxinu na m levator ani s kombinací fyzioterapie/. (Steege, 2009, s. 1134)

Vaginální mapování- metoda, která pomáhá ženám po prožitých traumatech. Neboť hluboké negativní zážitky se uchovávají v oblasti PD. Nejedná se o žádnou erotickou metodu. Poskytují ji vyškolení terapeuti a terapeutky. Na začátku s vámi budou hodně mluvit. Poté vám pomohou zažít pocit uvolnění a objevení sebe sama. Jde o strukturovaný jemný dotyk, kde se čeká na psychickou odezvu. Ženy popisují hluboký prožitek. „*Představuje účinnou techniku pro zvýšení citlivosti a rozpouštění traumat a zranění. Metoda vědomé láskyplné intimní masáže tak umožňuje prožívat více potěšení a vede ke šťastnějšímu a naplněnému životu.*“ (Palečková, s. 2007-2017)

Hypnoterapie- používaná jako systematická desenzibilizace, metodou relaxace a řízené imaginace, k odstraňování strachu z penetrace. Nejdříve nechají pacientky prožívat v hypnóze situace, které vyvolávají strach. Poté si v sérii sezení představuje různé fáze přípravy k penetraci, až je schopna bez nepříjemných pocitů prožívat v představách penetraci i soulož. Problém bývá s přenesením zážitku z hypnózy do reálné situace. Podporuje se hypnotickými sugescemi, že si pacientka sama přeje, aby k penetraci došlo. A stejnou metodou se sugeruje, že při představě partnerova údu se nohy mimovolně rozevírají a poševní vchod automaticky uvolňuje nebo při silném stisknutí palce proti ukazováku pacientku ihned jakýkoli strach opustí a poševní vchod se zcela uvolní. (Kratochvíl, 2008, s. 130)

V terapii FSD, se spíše než s předpisem léků musí vyrovnávat s problémy, jako rozdílná očekávání, zklamání, komunikace, různá napětí a nálady a v neposlední řadě také nemedicínský faktor- láska. Ať už chybí z jakékoli strany. Účinná terapie musí poté zasáhnout i do mimosexuální oblasti a vyžaduje komplexnější psychoterapeutický přístup. Případně manželskou terapii. Ne jen přímé zaměření terapeutické práce na jednotlivé dysfunkce. (Kratochvíl, 2008, s. 19)

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Metodologie

Jak jsem získala pacientky s touto diagnózou.

Začala jsem hledat u svých lékařů a gynekologů a v okolí mého bydliště. Přes Františkovy lázně, specializující se na léčbu ženských org. Až po Fakultní nemocnici jako VFN v Praze a FN Motol. Byla jsem odkázána na spoustu kontaktů, uvedla bych ale jen ten nejhlavnější. A tedy: Sexuologický ústav 1.LF, UK a VFN, Ke Karlovu 460/11, Praha 2, odb. as. MUDr. Luděk Fiala, MBA – gynekolog, sexuolog, soudní znalec pro obory sexuologie a andrologie, který mi poskytl kontakty na pacientky a začal se mnou spolupracovat.

Jak jsem postupovala v praktické části mé bakalářské práce.

V praktické části mám dvě kazuistiky pacientek (19-25let) s diagnostikovanou dyspareunií. Obě prošly gynekologickým vyšetřením s negativními výsledky nebo залечením. Sexuologickým vyšetřením a různými psychoterapiemi. U jedné proběhla dokonce i hypnóza. Vše bez efektu. Nejsou v menopauze a samy neuvádějí problém s lubrikací. Nepopisují ani hlubokou bolest ani přímo jen u vchodu (která může být právě znakem nedostatečné lubrikace). Mají zkušenosti s lokálními anestetiky, ale uvádí, že většinou moc nepomohly. Obě mají nějakou negativní zkušenost z minulosti a obě jsou nezkušené i s nezkušenými partnery. U obou pacientek proběhlo vyšetření kostrče, bez nálezu. Z komplexního fyzioterapeutického hlediska jsem u obou našla přetížení bederní páteře a jedna již kvůli tomu chodila na fyzioterapii. U obou jsem našla svalové dysbalance.

Terapie jsem zaměřila na uvědomění si PD, jeho funkce a fáze (kontrakce/relaxace) s důrazem na relaxaci. Předpokladem u těchto pacientek je PD hypertonické, dysfunkční s TrPs. „*Dlouhodobě stažené PD vede k jeho přetížení, nahromadění kys. mléčné a tím k rozvoji bolesti, ať už je stažené z jakékoli příčiny.*“ (Krulík, 2010, s. 37) Terapie PD byla provedena relaxačními technikami PD dle Koláře (2009, s. 634) „*myofasciální uvolnění a ošetření TrPs*“, dále dle kurzu pánevního dna (Mudr. Marta Brychtová, 2017) a rad fyzioterapeutů (viz. Terapie a Poděkování). Dále jsou terapie sestaveny dle výsledků komplexního fyzioterapeutického vyšetření se zaměřením na dech, HSS, kyčle, pánev a páteř. Spolu s ploskami nohou a A/O skloubením, kam se často problémy v pánvi řetězí. Snažila jsem se o terapii i po psychické stránce. Terapií

bylo osm, a trvaly po dobu více než dvou měsíců. Pacientky měly zadaná cvičení i na doma, které dostaly vždy po terapii shrnuté do emailu, aby věděly a nezapomněly, co cvičit. Subjektivní hodnocení účinnosti terapií je ohodnoceno vlastním vyjádřením pacientek a dotazníky psychických a sexuálních funkcí. Objektívni hodnocení účinnosti terapií je ověřeno opětovným komplexním fyzioterapeutickým vyšetřením včetně vyšetření aktivity a oslabení PD per cutam.

Předpokladem terapií je uvědomění a zosobnění PD. Zmírnění hypertonu a odstranění TrPs. Zlepšení jeho funkce a správné zapojení v různých posturálních situacích. V komplexním fyzioterapeutickém vyšetření mám za cíl zlepšit dechový stereotyp, posílit HSS, centrovat kyč. i ramenní kll., pánev a optimalizovat zatížení páteře. Zlepšit bipedální oporu a celkovou posturu v různých situacích. Celkově pacientky zrelaxovat, edukovat a vyrovnat dysbalance. Dále zlepšit psychiku pacientek, motivaci ke spolupráci a k pohybové aktivitě a samozřejmě zmírnit bolest a zjistit její příčiny.

3.2.Kazuistika č. 1

Pacientka: 1998, žena, svobodná

Diagnóza:

F52.6 Neorganická dyspareunie

F52.0 Snížená sexuální žádostivost

endometrióza, retroverze dělohy

Anamnéza

RA: bratr trpí bolestmi beder, rodiče zdraví, prarodiče také
matka je dominantní rodič

OA: zdravá

úrazy 0, operace tříselné kýly 2002 vpravo

SA: bydlí s matkou, rodiče 4 roky rozvedeni, s přítelem se vidí jen o víkendech

PA: studentka střední školy Obchodní akademie ve 3. ročníku, brigáda 1-2x týdně ve skladu a 1x týdně úklid

GA: menorea asi od 13 let, antikoncepce- Lindynette od 14let, kdy začala dysmenorea, bolest se jen zmenšila, nyní změněna na Leverette, těhotenství- 0, inkontinenci neguje

SPA, zájmy: kdysi klavír, sport žádný, volný čas- kreslení, čtení, filmy a klid, sedavý způsob života, spánek pravidelný 8h, stres nyní jen z autoškoly, udává snadnou a častou unavitelnost

AA: neguje

FA: Leverette, mast Mezokain, při dysmenoree ibuprofen

Abúzus: slabá káva a příležitostně alkohol

Hydratace: jen 1l denně (voda, šťáva)

Pomůcky: žádné, ani na plochonoží

NO: rodiče rozvedeni asi 4 roky, s tátou lepší vztah než v dětství

Trauma- v 6 letech našla porno kazety a sex. pomůcky a vůbec známky po sexu rodičů, jednou je i omylem přistihla. Od té doby nesnášela sex a říkala, že to nikdy dělat nebude. Dnes už by možná chtěla, ale bolí to, takže nechce. Přesto to zkouší a vydrží to do partnerova vyvrcholení.

Jednoho dne otec dorazil domů opilý a zmlátil před ní její maminku, neboť si myslel, že ho podvedla, ačkoli byla se synem. Její bratr naštěstí zachránil situaci.

První partneři, již od 12 let, chtěli po ní např. orální sex- ona odmítala. První sex byl v 15 letech dobrovolný, oba nezkušení, bolestivý. Nyní má sex. partnera druhého

v pořadí, stálý partner 2,5 roku, vztah od srdce, sám nezkušený. Bolest při pohlavním styku přetrvává. Nyní je ochotna mít především manuální sex, případně orální. Klasický vaginální sex pro ni není vůbec příjemný. Pacientka má chuť na sexuální aktivity, jen ne na sex kvůli bolesti, orgasmu dosahuje mimo sex. Uvádí ještě problém ohledně důvěry (partner tají, že příležitostně kouří, a kvůli tomu již 3x lhal).

Od 10 let má pocit, že se jí špatně dýchá- sípá.

Dosavadní léčba: Chodí na gyn. vyšetření ale i to je nepříjemné, i když je gynekoložkou žena, nepříjemné i sono vyšetření přes pochvu. Má ale zájem se léčit, ví, že to není zcela normální stav. Byla několika psychologů, prodělala hypnózu- všude bez efektu. Naposledy vyšetřena dr. Weissem- na jeho doporučení poslána k dr. Fialovi. Nyní ji nově stanovil další diagnózy- endometriózu a retroverzi dělohy.

Vyšetření per rectum- nebolestivé, bez patologie, gyn. vyšetření, odběry, krevní obraz, sérologie i hormonální vyšetření- vše bez patologie. Pouze snížená hodnota estradiolu- může být ovlivněna užívanou HAK. Předchozí RHB žádná.

Subjektivní problém pacientky: ostrá, pichlavá bolest při sexu, nepříjemný je i tampon (s vložkami bolí zase menstruace), pocit obtížného dýchání

Informovaný souhlas: podepsaný (viz přílohy)

Vstupní kineziologický rozbor 23. 1. 2017

Status praesens: pacientka orientovaná prostorem, časem i osobou, rozumí pokynům, spolupracuje, cítí se dobře

Výška- 170cm, **váha-** 60kg, **BMI=** 20,8 v normě

Aspekce

Vyšetření postury

Zezadu

Báze přiměřená, paty souměrné, achilovky souměrné v osové postavení, lýtka souměrná, podkolenní rýhy ve stejné výši, stehna souměrná, glut. rýhy ve stejné výši, m. gluteus max. ochablý bilat. hlavně v horní části (palpačně ověřeno), kontura mm. gluteií symetrická, kontura DKK souměrná, SIPS ve stejné výšce ale P prominuje (palpačně ověřeno), intergluteální rýha symetrická, michaelisova routa také (palpačně ověřeno), cristae iliacae ve stejné výši (palpačně ověřeno), P thorakobrachiální trojúhelník výrazně větší, bederní páteř ve výrazné hyperlordóze, erectory spinae nevýrazné, páteř bez vybočení ve frontální rovině, lopatky ve stejné výši (palpačně

ověřeno), mírně prominují, kontura HKK souměrná, L rameno i trapéz výrazně výš (nosí zde kabelku), uši ve stejné výši, hlava v ose.

Zboku

Plochohonoží, začínající hallux valgus bilat., P výrazněji, digiti minimi stočené ven, hlavně P, hlezenní, kol. a kyč. kll. v ose, uzavřená třísla, ochablý m. gluteus max. bilat. hlavně horní část (palpačně ověřeno), pánev v anteverzi (palpačně ověřeno), bederní páteř ve výrazné hyperlordóze, povolená spodní část břišní stěny a horní část přetížená (palpačně ověřeno), mírná kyfóza hrudníku, protrakce ramen bilat., předsunuté držení hlavy.

Zepředu

Báze přiměřená, plochohonoží, začínající hallux valgus bilat., výrazněji P, digiti minimi stočené ven, hlavně P, hlezenní klouby souměrné, lýtka souměrná, pately ve stejné výši, kontura DKK souměrná, SIAS ve stejné výši (palpačně ověřeno), cristae iliacae ve stejné výši (palpačně ověřeno), P thorakobrachiální trojúhelník výrazně větší, pupek ve středu, L klíční kost výš (palpačně ověřeno), kontura HKK souměrná, L rameno i trapéz výrazně výš (nosí zde kabelku), hlava v ose, uši ve stejné výši, obličej symetrický.

Vyšetření stereotypů

Sed- ve škole a většinu času nekorigovaný v protrakci

Chůze- plynulá, rytmická, rychlá chůze se souhybem HKK, ale ZR v kyčlích

Palpace

1. Kůže, podkoží a fascie

Jizvy- všechny po odstranění znamének, na zádech na L lopatce, v levé dolní části bederní páteře, přední strana krku (průměr 1 cm, posunlivé, zahojené)

Obtížné vytvoření küblerovy řasy v oblasti bederní páteře, jinak volné.

2. Svaly

Svalový tonus

Ochablé svaly- hluboké svaly krku, m. rectus abd. bilat. dolní část, m. obliquus abd. ex. a int., m. transversus abd., mm. glutei max. hlavně horní část.

Hypertonické svaly- extenzory krku, m. trapezius bilat., mm. pectorales, horní část m. rectus abd. bilat., m. iliopsoas bilat., add. kyč. kll., ischiocrurální svaly bilat. a oblast beder.

Svalová síla (vlastní zpracování)

KLOUB	POHYB		PRAVÁ	LEVÁ
KYČEL	FL	EX	5	5
	ABD	ADD		
	ZR	VR		

TRUP	FL	4
	FL S ROT	4
	EX	4
PÁNEV	ELEVACE	5

TrPs

m. trapezius bilat., mm. pectorales, m. piriformis bilat., bolestivé úpony m. gluteus na Sco. skl.

3. Perioist

Citlivá kostrč lat., hlavně vpravo

4. Klouby

ROM (Dylevský, 2007), *(vlastní zpracování, hodnoty ve stupních)*

AP i PP stejné

KLOUB	POHYB		PRAVÁ		LEVÁ	
KYČEL	FL	EX	60/125	15	65/125	15
	ABD	ADD	45	15	45	15
	ZR	VR	45	45	45	45

Dynamické vyšetření (Kolář, 2009), *(vlastní zpracování)*

1. Páteř

Test	Před terapií	Po terapii
Thomayerova vzdálenost	+24cm	+21cm
EX	40°	40°
LATR. FL.	42cm bilat.	40cm bilat.
ROTACE	45° bilat.	45° bilat.

Cp- občas blok krku

ČEPOJOVA VZDÁLENOST	2cm	v normě, skoro na sternum
EX	čelo a nos téměř v horizontálně	čelo a nos v horizontále
LATR. FL	L 20°, P 35°	35° bilat.
ROTACE	40° bilat.	50° bilat.
FORESTIEROVA FLECHE	0°	0°

Th/Lp

STIBOROVA VZDÁLENOST	10cm	10cm
-------------------------	------	------

Th

OTTOVA INKLINACNÍ VZDÁLENOST	3cm	3,5cm
OTTOVA REKLINACNÍ VZDÁLENOST	0cm	2cm

Lp

SHOBEROVA VZDÁLENOST	3cm	3cm
-------------------------	-----	-----

2. Pánev

Bez rotace, torze, posunu či sešikmení. Cristae iliacae ve stejné výšce, anteverze pánve, přední SIAS níž než zadní SIPS bilat., Michealisova routa- symetrická.

Spine sign	v normě	v normě
SI TEST ROSINA	P v normě, L možná blokáda SI	symetrické

3. Kyčle

STEREOTYP dle Jandy EX v kyč. kl.	v normě	v normě
--------------------------------------	---------	---------

STEREOTYP dle Jandy ABD v kyč. kl.	více do FL, převaha m. tensor fasciae latae, m. iliopsoas a m. rectus femoris bilat.	L v normě, P horší
TRANDELENBURGŮV TEST	v normě bilat.	v normě bilat.
PATRIKŮV TEST	bolest kyčlí bilat.	mírná bolest v L tříse
FAIR TEST	bolest hýždí, m. piriformis, bolest třísla kyč. kl. bilat.	mírná bolest třísel bilat.
LIGAMENTOVÉ STRESS TESTY	LIG.ILIOSACRALE- bolest boku bilat. LIG.ILIOLUMBALE- bolest třísel LIG.SACROTUBERALE- bolest třísel	bez bolesti bez bolesti mírná bolest třísel bilat.

4. Dechový stereotyp, HSS

DECH	převážně horní hrudní s mírnou dopomocí ramen, ne dolní hrudní, ani břišní	bez dopomoci ramen, dolní hrudní i břišní
BRÁNIČNÍ TEST	nedostatečné, nedojde k rozšíření	v normě, i udrží
NITROBŘIŠNÍ TLAK V SEDĚ	v normě	v normě
TEST NITROBŘIŠNÍHO TLAKU VLEŽE	s instrukcemi v normě ale neudrží	v normě i udrží
TEST ELEVACE PAŽÍ	nadzvednutí žeber	v normě
STEREOTYP dle Jandy FL TRUPU	paty se mírně odlepily, mírný švih, prohnutí v bedrech	paty se mírně odlepily, bez švihu, bedra se neprohla
STEREOTYP dle Jandy KLIK-VZPOR	stabilní lopatky ale prohnutí v bedrech	stabilní lopatky, bedra se neprohla

Závěr vyšetření

Pacientka ročník 1998 s dyspareunií, sníženou sexuální žádostivostí, endometriózou a retroverzí dělohy, se subjektivním pocitem špatného dýchání. Vyšetřením postury zjištěno plochonoží, hallux valgus bilat. a digiti minimii vytočené vně bilat., obě výrazněji na P, uzavřená třísla, pánev v anteverzi, m. gluteus max. ochablý bilat. hlavně v horní části, P SIPS prominuje, povolená spodní část břišní stěny a horní část přetížená, P thorakobrachiální trojúhelník výrazně větší, bederní páteř výrazně v hyperlordóze, mírná kyfóza hrudníku, lopatky mírně prominují, protrakce ramen bilat., L klíční kost, L rameno a L trapéz výrazně výš a předsunutě držení hlavy. Sed většinu času nekorigovaný. Při chůzi je ZR v kyčlích. TrPs nalezeny v trapézu bilat., mm. pectorales, m. piriformis bilat. Bolestivý úpon m. gluteus na Sco. skl. Jako ochablé byly zjištěny hluboké svaly krku, m. rectus abd. bilat. dolní část, m. obliquus abd. ex. a int., m. transversus abd., mm. glutei hlavně horní část. Hypertonické extenzory krku, m. trapezius bilat., mm. pectorales, horní část m. rectus abdominis bilat., m. iliopsoas bilat., add. kyč. kll., ischiocrurální svaly bilat. a oblast beder. Citlivá kostrč lat., hlavně vpravo. Výrazně omezený pohyb v kyčli do FL s EX DK bilat. Při vyšetření páteře zjištěno omezení celé páteře do FL a LATFL bilat., v úseku Cp omezení do FL, EX a LATFL vlevo, v úseku Th velké omezení do EX, v oblasti Lp omezení do FL. Vyšetřením pánve ověřena anteverze pánve palpací SIAS bilat., které jsou níže než SIPS bilat., vlevo je podezření na blokádu SI. Při vyšetření kyčlí vyšetřen stereotyp ABD kyčle, kde převažuje m. tensor fasciae latae, m. iliopsoas a m. rectus femoris bilat. Dále testy ukazují na možný problém v kyč. kll. či TrPs m. piriformis bilat. a nestabilitu kyčlí a vazů. Dech vyšetřen převážně jako horní hrudní s mírnou dopomocí ramen. HSS vyšetřen jako nedostatečný. PD vyšetřeno jako hypertonické, dysfunkční.

Výsledky dotazníků (dotazníky viz přílohy)

SCL 90- Zvýšená hodnota nad hranicí nemoci vyšla u fobie, deprese, hostility, hypersenzitivity, paranoidity, psychocismu, obsese/kompulze i celkové obecné závažnosti. Anxiozita a somatizace vyšly v normě.

Fobie = 1,142 (norma $0,48 > x > 0,81$ onemocnění)

Deprese = 1,692 (norma $0,97 > x > 1,55$ onemocnění)

Hostilita = 1,5 (norma $0,68 > x > 0,97$ onemocnění)

Hypersenzitivita = 2,333 (norma $0,82 > x > 1,28$ onemocnění)

Paranoidita = 1,333 (norma $0,60 > x > 1$ onemocnění)

Psychocismus= 1,299 (norma $0,32 > x > 0,56$ onemocnění)

Obsese, Kompulze= 1,799 (norma $1,26 > x > 1,35$ onemocnění)

Anxiozita= 0,699 (norma $1,03 > x > 1,57$ onemocnění)

Somatizace= 0,916 (norma $0,92 > x > 1,31$ onemocnění)

Obecná závažnost= 1,355 (norma $0,81 > x > 1,18$ onemocnění)

ASFQ- FSD vyšla na hranici u touhy a lubrikace. Pod hranicí normy ale nad hranicí dysfunkce vyšlo sex. vzrušení a orgasmus.

Touha= 17 (FSD $17 > x \geq 23$ norma)

Sex. vzrušení= 13 (FSD $11 > x \geq 14$ norma)

Lubrikace= 6 (FSD $6 > x \geq 8$ norma)

Orgasmus= 11 (FSD $9 > x \geq 12$ norma)

FSFI- Plný počet bodů nevyšel nikde. Více než polovina bodů vyšlo od nejlepšího u orgasmu, uspokojení, lubrikace a vzrušení. Méně jak polovina bodů vyšlo u touhy a bolesti. Celkový výsledek vyšel 22,1 bodů z 36.

Touha 2,4/6 = největší touha

Vzrušení 3,6/6 = největší vzrušení

Lubrikace 4,5/6 = nejlepší lubrikace

Orgasmus 5,2/6 = nejlepší orgasmus

Bolesti 1,6/6 = nejmenší bolest

Uspokojení 4,8/6 = největší uspokojení

Celkový výsledek = 22,1/36 = nejlepší

Vizuální analogová škála

Intenzita bolesti 8,9cm z 11,8cm nejhorší možné.

Nepříjemnost bolesti 10,5cm z 11,8cm nejhorší možné.

Celková sexuální spokojenost 3,8cm z 11,8cm max. sexuální nespokojenosti.

Dotazník zakreslení bolesti

Pacientka zakreslila bolest u vstupu do vaginy až do její poloviny. (obrázek viz. přílohy)

Vyšetření pánevního dna per cutam

Mezi kontrakcí a relaxací PD jsem nepalpovala rozdíl.

Krátkodobý rehabilitační plán

- nácvik malé nohy a úprava plosek nohou plus edukace
- protažení zkrácených svalů
- úprava postury a nácvik korigovaného stoje a sedu
- posílení ochablých svalů

- PIR na TrPs
- aktivace HSS a nácvik dýchání
- zlepšení pohyblivosti páteře
- mobilizace SI, žeber a ramenních kll.
- stabilita kyčlí a centrace kyč. i ramenních kll.
- MT na břišní stěnu, PD a okolí pánve, bederní páteř
- nácvik vědomé kontrakce a relaxace PD a další edukace
- ergonomie v běžných denních činnostech

Záznamy terapií

1. návštěva 23. 1. 2017

Při první návštěvě pac. podepsala informovaný souhlas a vyplnila dotazníky (viz přílohy). Odebrala jsem anamnézu. Provedla celkový kineziologický rozbor včetně vyšetření PD per cutam. Edukovala základní zásady, anatomii HSS a PD. Poté jsem navázala terapii dle vyšetření. Tedy nácvik dolního hrudního a břišního dýchání, aktivaci HSS ve 3M z DNS a MT břišní stěny. Dále nácvik korigovaného stoje a upozornění na úpravu ZR v kyčlích při chůzi. Provedla jsem nespecifickou mobilizaci SI a PIR na TrPs v oblasti m. piriformis bilat. Jako autoterapii jsem pac. uložila cvičit aktivaci HSS ve 3M z DNS spolu s nácvikem dolního hrudního a břišního dýchání a korigovaný stoj.

2. návštěva 30. 1. 2017

Při druhé návštěvě jsem si nechala ukázat autoterapii. Snažila se cvičit, když si vzpomněla. Poté jsem zkorigovala sed a ukázala 3bodovou oporu plosek. Pac. je instruována, že kdykoli si vzpomene, zkoriguje se v sedu i ve stoje. Poté jsem s pac. protahovala zkrácené svaly, hlavně páteř a ZR kyčlí, a naučila ji autoterapii, kterou by měla provádět 2x denně. Přešly jsme z dýchání do hrudníku a břicha na nácvik dýchání až do podbřišku. Poté jsem pac. poučila o základní anatomii pánve a povrchové anatomické části jsem ji nechala si na sobě nahmatat. Vysvětlila jsem průběh všech tří vrstev svalů PD. A začaly jsme je posilovat v pozici vleže. Jako autoterapii by si měla toto cvičení zkoušet 2x denně mimo dny menstruace. Nakonec jsem provedla centraci kyčlí, nespecifické mobilizace SI, MT břišní stěny a okolí pánve a PIR na m. piriformis bilat.

3. návštěva 7. 2. 2017

Začaly jsme opakováním autoterapie z minula. Pac. si koriguje sed a stoj kdy si vzpomene či někde dlouho čeká či sedí, jako např. ve škole. S cvičením a protahováním

se snaží, ale necvičila 2x denně jak bylo doporučeno. Začíná cítit, že se nějaké svaly uvnitř pánve zapínají i při cvičení nejhlubší vrstvy PD. Provedla jsem centraci kyčlí, nespecifické mobilizace SI, MT břišní stěny a okolí pánve. PIR na m. piriformis bilat. Pokračovaly jsme cvičením PD již vsedě. Dále jsem znovu ukázala spojitosti s HSS a celým tělem a naučila jsem pac. použít správně a uvědoměle PD spolu s celým HSS v běžném denním životě tak, jak by se mělo automaticky zapojovat. (Reeves, 2008) Tedy od lehu, sedu, vstávání ze židle přes různé domácí práce a činnosti až po těžké práce. Pac. jsem informovala o vaginálním mapování, slyšela to prvně.

4. návštěva 15. 2. 2017

Nechala jsem si zase ukázat autoterapii z minula. Pac. se pravidelně ale jen 1x denně protahuje, PD cvičí také jen 1x denně vleže. Koriguje se hlavně v sedu ve škole a v práci. Poté jsem s pac. komunikovala, sama se musí naučit, že to nebolí, ale je to příjemné a hezké. Nemůže do toho jít už s pocitem „Bude to bolet“. Pracovaly jsme na té emoční stránce. Také jsem pac. vysvětlila, že když se nebude korigovat v běžných denních činnostech, napětí v pánvi bude přetrvávat. (Mgr. Michaela Havlíčková, 2017) Provedla jsem centraci kyčlí, nespecifické mobilizace SI, žeber a lopatek, PIR na m. piriformis bilat. a uvolnění krku a beder. Poté jsem provedla MT externě na PD a naučila je pac. jako autoterapii. Teoreticky jsem instruovala i jak si může PD relaxovat sama doma i int. cestou. Poté jsem pac. ukázala pár relaxačních pozic vhodných pro relaxaci PD, v kterých by měla vydržet alespoň 5 dechových cyklů.

5. návštěva 27. 2. 2017

Opět jsem si nechala od pac. ukázat autoterapii. A vyptala jsme se jí, jak šly MT PD ext. a int. Pac. se snažila cvičit, hlavně MT int., jógové relaxační pozice, relaxaci PD a protahování. Poté jsem provedla centraci ramen, nespecifické mobilizace žeber a lopatek. Uvolnění krku a beder. Pac. si stěžovala na občasné lupnutí v kyčlích, provedla jsem tedy jejich centraci a protáhla pasivně hamstringy a m.iliopsoas bilat., které jsou zde hodně zkrácené. Dále PIR na m. piriformis bilat, MT na PD externě. Poté jsem pac. naučila takzvaný „výtah“, který jsme poté začlenily do relaxačních pozic.

6. návštěva 10. 3. 2017

Nejdříve jsme spolu zkontrolovaly autoterapii a zeptala jsem se ohledně autoterapie PD. Pac. cvičí PD, zkoušela „výtah“ a relaxační polohy. Vědomě relaxuje PD. Protahuje se jen občas. Mokrát se nekorigovala. Zkouší sama MT PD. Poté jsem provedla protažení hamstringů, iliopsoatů, lýtek, celé páteře a prsních svalů. Centraci ramenních kll. Mobilizaci SI, žeber a lopatek. Uvolnila jsem bederní oblast pomocí MT. Dále MT PD

externě a aktivaci plosek. Aktivaci HSS ve 3M a 6M. Na závěr jsme zkusily prvky z reflexního plazení z Vojtovy metody.

7. návštěva 17. 3. 2017

Pac. se protahuje, cvičí relaxační polohy a PD. Párkrát zkoušela MT na PD interně. Musí se na to hodně soustředit, aby se relaxovala dle toho, co jsem ji naučila, a dostala se tam. Lze to, ale jen když na to má dostatek času. MT zevně si sama moc nedělá, sama si ty „místa“ prý tak nenajde. Snaží se používat ergonomii v běžném životě. Provedla jsem MT pánve, okolí a bederní páteře. Protáhla jsem hamstringy. Mobilizovala SI. Cvičily jsme izolovaný pohyb v kyčlích a zároveň protažení ZR. (dle Mgr. Jindřišky Hálkové) Centrace ramen ve 3M v pozici na břicho. HSS ve 3M na zádech. Lezení dle Klappa na předloktí sunutím a zkřížený vzor. Cvičily jsme sed dle metody Brunkow, aby si pacientka cvičila v práci a ve škole ale pacientce to moc nevyhovovalo. Zopakovaly jsme si relaxační polohy. A ukázala jsem pac. pár cviků na dolní část břicha.

8. návštěva 28. 3. 2017

Provedla jsem výstupní kineziologický rozbor včetně vyšetření PD per cutam a opětovně jsem nechala pac. vyplnit všechny dotazníky. Představila jsem pac. dlouhodobý rehabilitační plán.

Výstupní kineziologický rozbor 28. 3. 2017

Status praesens: pacientka orientovaná prostorem, časem i osobou, rozumí pokynům, spolupracuje, cítí se dobře

Výška- 170cm, **váha-** 58kg, **BMI=** 20,1 v normě

Aspekce

Vyšetření postury

Zezadu

Báze přiměřená, paty souměrné, achilovky souměrné v osové postavení, lýtka souměrná, podkolenní rýhy ve stejné výši, stehna souměrná, glut. rýhy ve stejné výši, m. gluteus max. ochablý bilat. v horní části (palpačně ověřeno), kontura mm. gluteií symetrická, kontura DKK souměrná, SIPS ve stejné výšce ale P prominuje (palpačně ověřeno), intergluteální rýha je symetrická, michaelisova routa také (palpačně ověřeno), cristae iliacae ve stejné výši (palpačně ověřeno), thorakobrachiální trojúhelníky symetrické, bederní páteř v mírné hyperlordóze, erectory spinae nevýrazné, páteř bez

vybočení ve frontální rovině, lopatky ve stejné výši (palpačně ověřeno), kontura HKK souměrná, L rameno i trapéz výš, uši ve stejné výši, hlava v ose.

Zboku

Plochoonoží, začínající hallux valgus bilat., výrazněji P, digiti minimi stočené ven, hlavně P, hlezenní, kol. a kyč. kll. jsou v ose, uzavřená třísla, ochablý m. gluteus max. bilat. v horní části (palpačně ověřeno), pánev v mírné antevertzi (palpačně ověřeno), bederní páteř v mírné hyperlordóze, povolená spodní část břišní stěny, mírná kyfóza hrudníku, protrakce ramen bilat.

Zepředu

Báze přiměřená, plochoonoží, začínající hallux valgus bilat., výrazněji P, digiti minimi stočené ven, hlavně P, hlezenní klouby souměrné, lýtka souměrná, pately ve stejné výši, kontura DKK souměrná, SIAS ve stejné výši (palpačně ověřeno), cristae iliacae ve stejné výši (palpačně ověřeno), thorakobrachiální trojúhelníky symetrické, pupek ve středu, L klíční kost výš (palpačně ověřeno), kontura HKK souměrná, L rameno i trapéz výš, hlava v ose, uši ve stejné výši, obličej symetrický.

Vyšetření stereotypů

Sed- koriguje

Chůze- plynulá, rytmická, rychlá chůze se souhybem HKK

Palpace

1. Kůže, podkoží a fascie

Jizvy- nestejně jako u vstupního vyšetření

Obtížné vytvoření küblerovy řasy v dolní části bederní páteře. Jinak volné.

2. Svaly

Svalový tonus

Ochablé svaly- hluboké svaly krku, m. rectus abd. bilat. dolní část, mírně ochablé- m. obliquus abd. ex., int. a m. transversus abd., mm.gluteii max. horní část.

Hypertonické svaly- extenzory krku, m. trapezius bilat., mm. pectorales, m. iliopsoas bilat., ischiocrurální svaly bilat. a mírně oblast beder.

Svalová síla (vlastní zpracování)

KLOUB	POHYB		PRAVÁ	LEVÁ
KYČEL	FL	EX	5	5
	ABD	ADD		
	ZR	VR		

TRUP	FL	4
	FL S ROT	4
	EX	4
PÁNEV	ELEVACE	5

TrPs

trapéz bilat., mm. pectorales

3. Periost

nedochází k bolesti

4. Klouby

ROM (Dylevský, 2007), *(vlastní zpracování, hodnoty ve stupních)*

AP i PP stejné

KLOUB	POHYB		PRAVÁ		LEVÁ	
KYČEL	FL	EX	80/125	15	80/125	15
	ABD	ADD	45	15	45	15
	ZR	VR	45	45	45	45

Dynamické vyšetření (viz tabulky ve vstupním vyšetření)

Závěr vyšetření

Vyšetřením postury zjištěno plochonoží, hallux valgus bilat. a digiti minimi vytočené vně bilat., obě výrazněji vpravo, uzavřená třísla, pánev v mírné anteverzi, m. gluteus max. ochablý bilat. v horní části, povolená spodní část břišní stěny, bederní páteř v mírné hyperlordóze, mírná kyfóza hrudníku, protrakce ramen bilat., L klíční kost, L rameno a L trapéz výš. TrPs nalezeny v trapézu bilat., mm. pectorales. Jako ochablé byly zjištěny hluboké svaly krku, m. rectus abd. bilat. dolní část, mírně m. obliquus abd. ex. a int., m. transversus abd. a mm. glutei horní část. Hypertonické extenzory krku, m. trapezius bilat., mm. pectorales, m. iliopsoas bilat., ischiocrurální svaly bilat. a mírně oblast beder. Omezený pohyb v kyčli do FL s EX DK bilat. Při vyšetření páteře zjištěno omezení celé páteře do FL a LATFL bilat., V úseku Th omezení do EX a v oblasti Lp omezení do FL. Vyšetřením pánve ověřena anteverze pánve palpací SIAS bilat., které jsou níže než SIPS bilat. Při vyšetření kyčlí vyšetřen stereotyp ABD kyčle kde převahuje u PDK m. tensor fasciae latae, m. iliopsoas a m. rectus femoris bilat., dále testy ukazují na možný problém v kyčlích, nestabilitu lig.

sacrotuberales. Dech bez dopomocí ramen. Dolní hrudní i břišní. HSS vyšetřen jako dostatečný. PD vyšetřeno jako velice oslabené, dysfunkční.

Výsledky dotazníků (dotazníky viz přílohy)

SCL 90- Zvýšená hodnota nad hranicí nemoci nevyšla nikde. U paranoidity vyšla přímo hranice nemoci. Nad normou ale pod hranicí nemoci vyšla hypersenzitivita, obsese/kompulze. Fobie, deprese, hostilita, psychocismus, anxiozita, somatizace i celková obecná závažnost vyšly v normě.

Fobie = 0,428 (norma $0,48 > x > 0,81$ onemocnění)

Deprese = 0,538 (norma $0,97 > x > 1,55$ onemocnění)

Hostilita = 0,5 (norma $0,68 > x > 0,97$ onemocnění)

Hypersenzitivita = 1 (norma $0,82 > x > 1,28$ onemocnění)

Paranoidita = 1 (norma $0,60 > x > 1$ onemocnění)

Psychocismus = 0,100 (norma $0,32 > x > 0,56$ onemocnění)

Obsese, Kompulze = 1,299 (norma $1,26 > x > 1,35$ onemocnění)

Anxiozita = 0,200 (norma $1,03 > x > 1,57$ onemocnění)

Somatizace = 0,416 (norma $0,92 > x > 1,31$ onemocnění)

Obecná závažnost = 0,6 (norma $0,81 > x > 1,18$ onemocnění)

ASFQ- FSD nevyšla nikde. Pod hranicí normy ale nad hranicí dysfunkce vyšlo sex. vzrušení. V normě vyšla touha, lubrikace a orgasmus.

Touha = 26 (FSD $17 > x \geq 23$ norma)

Sex. vzrušení = 12 (FSD $11 > x \geq 14$ norma)

Lubrikace = 9 (FSD $6 > x \geq 8$ norma)

Orgasmus = 13 (FSD $9 > x \geq 12$ norma)

FSFI- Plný počet bodů, nejlepší výsledek, vyšel u vzrušení, orgasmu a uspokojení. O něco méně bodů, ale pořád nad polovinu, vyšlo postupně od nejlepšího u touhy, lubrikace a bolesti. Celkový výsledek vyšel 31,8 bodů z 36.

Touha 5,4/6 = největší touha

Vzrušení 6/6 = největší vzrušení

Lubrikace 4,8/6 = nejlepší lubrikace

Orgasmus 6/6 = nejlepší orgasmus

Bolesti 3,6/6 = nejmenší bolest

Uspokojení 6/6 = největší uspokojení

Celkový výsledek = 31,8/36 = nejlepší

Vizuální analogová škála

Intenzita bolesti 6,7cm z 11,8cm nejhorší možné.

Nepříjemnost bolesti 8,1cm z 11,8cm nejhorší možné.

Celková sexuální spokojenost 3,5cm z 11,8cm max. sexuální nespokojenosti.

Dotazník zakreslení bolesti

Pacientka zakreslila bolest u vstupu do vagíny až do její poloviny. (obrázek viz. přílohy)

Vyšetření pánevního dna per cutam

Při kontrakci PD jsem palpovala záškuby, při relaxaci došlo k mírnému uvolnění.

Dlouhodobý rehabilitační plán

- najít si pohybovou aktivitu
- úprava plochonoží, hallux valgus bilat. a digiti minimi vytočené vně bilat., vložkami do bot, korekcí, cvičením
- pokračovat v protahování zkrácených svalů, korekci stoje, sedu i chůze, ergonomii v běžném životě spolu s posílením HSS, relaxační pozice a „výtah“
- posílení ochablých svalů
- MT horní části břišní stěny, beder, PD ex. i int., a jeho okolí
- cvičení a relaxace PD, jen 1-1,5min. ale každé 2 hodiny, v různých pozicích
- odstranit stresující podněty a situace, komunikovat s partnerem, dlouhá předehra, polohy, kde je PD relaxované (leh na břiše, klek na čtyřech, PD výš než hlava)
- balanční cvičení
- fyzikální terapie (termoterapie, balneoterapie)
- čínská medicína, dle které tento problém může souviset také s ledvinami a zlepšit pitný režim (udává jen 1l/denně)

Celkové zhodnocení terapií

Po terapiích pac. udává zlepšení kondice, uvědomění si PD a jeho tonus. Udává také uvědomění, že její problém je hodně spojený s jejím myšlením a pocity. Jakmile ví, že si bude provádět interní MT, zavádět tampon, nebo se schyluje k souloži, sama cítí, jak se v té chvíli stáhne. Při zavádění tamponu dokonce udává, jakoby se ho snažila nacpat do zdi. Jde to lépe, když má dostatek času a může se dle toho, co jsme dělaly, trochu sama relaxovat. Pak si může provést MT či lépe zavést tampon. Nebo když na to vůbec nemyslí, či to nečeká (Jednou ji partner překvapil a zavedl úd, když ležela na břiše, a protože to nečekala, nestáhla se. A ani to nebolelo).

Dále pac. udává zlepšení dechu (viz. také dotazník Scl 90, otázka 48) „*Do jaké míry Vás v těchto dnech obtěžují pocity nedostatku vzduchu nebo krátkosti dechu?*“ Pac. hodnotila odpověď nejprve- *dosti silně*, nyní hodnotila- *trochu*. (Roček, 2017 podle Derogatis, 2010)

Dle kineziologického rozboru pacientka zhubla 2kg (udává ze stresu, změna partnera). Podařilo se zlepšit dechový stereotyp. Zlepšit posturu- zmírnění antevertze pánve, posílení dolní části mm. gluteii, povolení horní břišní stěny, posílení HSS, symetrizace thorakobrachiálních trojúhelníků, zmírnění hyperlordózy, zlepšení předsunutého držení hlavy. Zkorigování sedu a zmírnění ZR v kyčlích při chůzi. Došlo ke zmírnění TrPs mm. piriformii a bolestivého úponu mm. gluteii na Sco. skl. Celkové zmírnění bolestivosti TrPs PD a okolí. Uvolnění horní části beder a ischiokrurálních svalů bilat. Čímž se zvětšil i ROM v kyčli s EX DK bilat. na PDK o 20° a LDK o 15°. U celé páteře se zlepšila FL o 3cm, a LATFL o 2cm bilat. V úseku Cp mírné zlepšení do FL, EX, LATFL vlevo o 15° a rotací o 10° bilat. V Th o 2cm do EX. Uvolnění SI, a stereotyp ABD kyčle se zlepšil na LDK. Zlepšila se mírně stabilita kyčlí.

Výrazně se zlepšily psychické funkce. Z osmi hodnot nad hranicí nemoci včetně celkové obecné závažnosti zůstala jen paranoidita, která vyšla přímo na hranici. Nad normou ale pod hranicí nemoci vyšla hypersenzitivita, obsese/kompulze. Ostatní hodnoty společně s celkovou obecnou závažností se normalizovaly.

Ze sexuálních funkcí se výrazně zlepšila touha, vzrušení, orgasmus, uspokojení i lubrikace. Bolest se zlepšila z 1,6 na 3,6/6 nejmenší. Celková hodnota hodnocení ženských sexuálních funkcí se zvýšila z 22,1 na 31,8.

Zlepšila se intenzita bolesti o 2,2cm, nepříjemnost bolesti o 2,4cm. A hodnocení bolesti (viz- Dotazník FSFI, otázky 17-19). Otázka 17) „*Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity při pronikání údu do pochvy?*“ a otázka 18) „*Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity po proniknutí údu do pochvy?*“ Obě z- *téměř vždy nebo vždy na- někdy (asi v polovině styků/ polovinu doby)*. A otázka 19) „*Jak byste ohodnotila stupeň vašich nepříjemných pocitů nebo bolestí při pronikání nebo proniknutí údu do pochvy?*“ Z- *vysoké na- střední stupeň*. Celková sexuální spokojenost se skoro nezměnila (zlepšení o 0,3cm). PD se mírně zaktivovalo. (Kratochvíl, 2008, s. 270-273)

3.3.Kazuistika č. 2

Pacientka: 1992, žena, svobodná

Diagnóza:

F52.6 Neorganická dyspareunie

F52.0 Nedostatek nebo ztráta sexuální žádostivosti

nadměrné pocení, občasné bolesti zad

Anamnéza

RA: babička- DM, inz., prababička- DM, dieta, matka a otec zdraví, bratr zdrav

matka je dominantní rodič

OA: zdráva

úrazy- 1999 úraz P lokte při pádu na koberci

operace- 2005 kosmetická operace obou kol. kll., byly do X, 2010 jí vzali krční mandle

SA: bydlí s rodiči

PA: studuje v Praze mezinárodní vztahy ve 3. ročníku, brigáda- sedavá, asistentka

GA: menorea od 13let, neprav. 27/5, dysmenorea, těhotenství- 0, inkontinenci neguje

SPA, zájmy: sport- nikdy moc nedělala, občas běh, volný čas- čtení, sledování seriálů a škola, spánek pravidelný, stres- škola, práce, rozchod, unavitelnost- ze školy

AA: neguje

FA: při dysmenoree a bolestech hlavy ibalgin, brufen a další, mast Mezokain

Abúzus: o zkouškovém káva, abstinent

Hydratace: 1,5-2l denně (voda, čaj)

Pomůcky: podpatěnka pod L kratší DK a půlmíček do bot pro plochonoží (nosí občas)

NO: První partner 24 let, oba jsou první partneři bez sex. zkušeností. Spolu 4 roky. Asi 3 roky problémy při styku, zkoušeli i 1 rok vynechat pohlavní styk ale nepomohlo. O orální sex moc nemá zájem, manuálně taktéž příliš ne. Chuť na sex má, i když je to nepříjemné, cítí pálení. Někdy více, někdy méně. V 17let. negat. zkušenost se sexem- při nějakém večírku měla sex spojený s deflorací s příbuzným (strýc)- moc si vlastní akt nepamatuje, ale nešlo o klasické násilí- nehlášeno policii. Nyní se s ní partner čerstvě rozešel, protože odjíždí v květnu na rok na cestu kolem světa a neví, co vlastně chce. Stále ale dochází k sexuální aktivitě.

Dosavadní léčba: Vyšetření per rectum- nebolestivé, bez patologie, vyšetřen hormonální profil- bez patolog. nálezů, TSH- negativní, štítná žláza nezvětšená, serologicky neprokázána ani chlamydie ani uroplazmatická infekce, kultivačně- běžná

flóra, enterokok, E.coli, candida, vyšetřen čípek- negat., palpační vyšetření- normální nález, UZ vyšetření v normě. Gyn. a sexuologické vyšetření dr. Fiala.

Pac. trpí často bakteriálními infekcemi a bolestmi zad, kvůli kterým již několikrát absolvovala RHB. A někdy také bolest mezi lopatkami. Dále trpí nadměrným pocením.

Subjektivní problém pacientky: bolestivý pocit pálení při sexu

Informovaný souhlas: podepsaný (viz přílohy)

Vstupní kineziologický rozbor 26. 1. 2017

Status praesens: pacientka orientovaná prostorem, časem i osobou, rozumí pokynům, spolupracuje. Cítí se dobře. Nic ji nebolí, ani záda.

Výška- 178cm, **váha-** 70kg, **BMI=** 22,09 v normě (norma 18,5- 23,9)

Aspekce

Vyšetření postury

Zezadu

Báze přiměřená, paty souměrné, achilovky souměrné v osové postavení, lýtka souměrná, P podkolenní rýha výš, stehna souměrná, P glut. rýha výš, m. gluteus max. ochablý bilat. v horní části (palpačně ověřeno), kontura mm. gluteií symetrická, kontura DKK nesymetrická, L do X, P rovně, P SIPS výš (palpačně ověřeno), intergluteální rýha jde šikmo zleva doprava (palpačně ověřeno), asymetrická michaelisova routa (palpačně ověřeno), P cristae iliacae výš (palpačně ověřeno), P thorakobrachiální trojúhelník větší, bederní páteř výrazně v hyperlordóze, P bok prudce zalomený, erectory spinae nevýrazné, hrudní páteř nepatrně do skoliózy vpravo (palpačně ověřeno), L lopatka výš a P lopatka více vyklenutá (palpačně ověřeno), výrazná prohloubenina mezi lopatkami, kontura HKK souměrná, L rameno i trapéz výš, L ucho výš, hlava nakloněna vpravo.

Zboku

Plochohoží, prsty mírně kladívkovité, hlezenní, kol. a kyč. kll. nejsou v ose (hlezenní a kol. kll- mírně vzad), uzavřená třísla, m. gluteus max. ochablý bilat. v horní části (palpačně ověřeno), pánev v antevertzi (palpačně ověřeno), bederní páteř výrazně v hyperlordóze, povolená spodní část břišní stěny, mírná kyfóza hrudníku, protrakce ramen bilat., přesunutá držení hlavy.

Zepředu

Báze přiměřená, plochohoží, prsty mírně kladívkovité, hlezenní kll. souměrné, lýtka souměrná, P patela mírně výš, kontura DKK nesymetrická, L do X, P rovně, P SIAS výš (palpačně ověřeno), P cristae iliacae výš (palpačně ověřeno), P thorakobrachiální

trojúhelník větší, pupek ve středu, klíční kosti symetrické, kontura HKK souměrná, L rameno i trapéz výš, hlava mírně doprava, L ucho výš, obličej symetrický.

Vyšetření stereotypů

Sed- ve škole a většinu času nekorigovaný se sedem na L noze

Chůze- plynulá, rytmická, rychlá chůze se souhybem HKK

Palpace

1. Kůže, podkoží a fascie

Jizvy- P loket 5cm, posunlivá, zhojená (1999, pád na koberci), vnitřní strana kolen 2 na P a 2 na L, průměr 1cm, zhojené, posunlivé (2005 kosmetické operace kolen, byly do X), dolní část P lopatky, průměr 1cm, zhojená, posunlivá (po odstranění znaménka), 2 jizvy 1cm průměr na bedrech, zhojené, posunlivé (po odstranění znamének)

Obtížné vytvoření Küblerovy řasy v oblasti bederní páteře, jinak volné. V oblasti bederní páteře ještě zatvrdliny. Add kyč. kll. celkově tuhé. V oblasti zad také HAZ.

2. Svaly

Svalový tonus

Ochablé svaly- hluboké svaly krku, m. rectus abd. bilat. dolní část, m. obliquus abd. ex. a int., m. transversus abd., mm.gluteii max. horní část., m.biceps femoris bilat., m. gluteus med. bilat.

Hypertonické svaly- extenzory krku, m. trapezius bilat., mm. pectorales, m. iliopsoas bilat., add. kyč. kll., ischiocrurální svaly bilat. a oblast beder

Svalová síla (vlastní zpracování)

KLOUB	POHYB		PRAVÁ	LEVÁ
KYČEL	FL	EX	5	5
	ABD	ADD		
	ZR	VR		

TRUP	FL	4
	FL S ROT	4
	EX	4
PÁNEV	ELEVACE	5

TrPs

trapéz bilat, mm. pectorales, add. kyč. kll. úplně zatvrdlé, m. piriformis bilat., PV svaly Th/L, bolestivé úpony m. gluteus na Sco. skl.

3. Periost

Žebra, P SIPS , kostrč lat., trochantery.

4. Klouby

ROM (Dylevský, 2007), *(vlastní zpracování, hodnoty ve stupních)*

AP i PP stejné

KLOUB	POHYB		PRAVÁ		LEVÁ	
KYČEL	FL	EX	70/125	20	65/125	15
	ABD	ADD	45	15	45	15
	ZR	VR	30	45	45	45

5. Antropometrie DKK

DK- délky

Funkční: L 97cm / P 99cm

Anatomická: L 91cm / P 93cm

Stehna: L 48cm / P 50cm

Bérce: L 43cm / P 43cm

Nohy: L 23cm / P 23cm

Dynamické vyšetření (Kolář, 2009), *(vlastní zpracování)*

1. Páteř

Testy	Před terapií	Po terapii
Thomayerova vzdálenost	P +11cm, L +9cm	P +9cm, L +7cm
EX	30°	30°
LATR. FL.	P 44cm, L 46cm	P 40cm, L 43cm
ROTACE	40° bilat.	50° bilat.

Cp

ČEPOJOVA VZDÁLENOST	2cm	na sternum
EX	čelo a nos téměř v horizontále	v horizontále
LATER. FL.	35° bilat.	35° bilat.

ROTACE	40° bilat.	45° bilat.
FORESTIEROVA FLECHE	0°	0°

Th/Lp

STIBOROVA VZDÁLENOST	10cm	10cm
-------------------------	------	------

Th

OTTOVA INKLINAČNÍ VZDÁLENOST	4cm	4cm
OTTOVA REKLINAČNÍ VZDÁLENOST	1cm	2,5cm

Lp

SHOBEROVA VZDÁLENOST	4cm	4cm
-------------------------	-----	-----

2. Pánev, SI

Šikmá pánev, Cristae iliacae- P výš, SIPS- P výš/SIAS- P výš, SIPS bilat. výš než, SIAS, anteverze, Michealisova routa- nesymetrická.

Spine sign	v normě	v normě
SI TEST ROSINA	v normě	v normě

3. Kyčle

STEREOTYP dle Jandy EX v kyč. kl.	PV svaly nejdříve stejné strany bilat.	PV svaly nejdříve stejné strany bilat.
STEREOTYP dle Jandy ABD v kyč. kl.	bilat. více do FL, převaha m. tensor fasciae latae bilat., iliopsoas a rectus femoris	L více do FL, P v normě
TRANDELENBURGŮV TEST	vybočení pánve	vybočení pánve

PATRIKŮV TEST	L horší- přeskočení v kyč. kl.	L horší- přeskočení v kyč. kl.
FAIR TEST	bolest m. piriformis bilat.	bez bolesti
LIGAMENTOVÉ STRESS TESTY	LIG. ILIOSACRALE- L v normě, P mírná bolest v třísle LIG. ILIOLUMBALE- mírná bolest v tříslech LIG. SACROTUBERALE- největší bolest v tříslech	bez bolesti bez bolesti bez bolesti

4. Dechový stereotyp, HSS

DECH	horní hrudní bez zvedání ramen	dolní hrudní i břišní
BRÁNIČNÍ TEST	v normě	v normě
NITROBŘIŠNÍ TLAK V SEDĚ	v normě	v normě
TEST NITROBŘIŠNÍHO TLAKU VLEŽE	v normě	v normě
TEST ELEVACE PAŽÍ	nadzvednutí žeber	v normě
STEREOTYP dle Jandy FL TRUPU	paty se odlepily, švih a mírné prohnutí v bedrech	paty se odlepily, švih, bez prohnutí v bedrech
STEREOTYP dle Jandy KLIK-VZPOR	lopatky nestabilní a prohnutí v bedrech	v normě

Závěr

Pacientka ročník 1992 s dyspareunií, s nedostatkem či velice sníženou sexuální žádostivostí, nadměrným pocením a občasnými bolestmi zad. Vyšetřením postury zjištěno plochonoží, mírně kladívkovité prsty, nestejná délka DKK a tedy- P podkolenní rýha výš, P patela výš, P gluteální rýha výš, intergluteální rýha jde šikmo zleva doprava, kontura DKK nesymetrická- L do X, P rovně, P cristae iliacae výš, P SIPS výš, P SIAS výš, šikmá pánev v anteverzi, uzavřená třísla, m. gluteus max. ochablý bilat. v horní části, asymetrická michaelisova routa, bederní páteř ve výrazné

hyperlordóze, povolená spodní část břišní stěny, P thorakobrachiální trojúhelník větší, P bok prudce zalomený, L lopatka výš, P více vyklenutá, výrazná prohloubenina mezi lopatkami, L rameno i trapéz výš, protrakce ramen bilat., mírná kyfóza hrudníku, hrudní páteř nepatrně do skoliózy vpravo, L ucho výš, předsunuté držení hlavy, hlava mírně vpravo, celý vršek těla od kyčlí mírně vpřed. Sed většinu času nekorigovaný. Nejčastěji sed na L noze. TrPs nalezeny v trapézu bilat., mm. pectorales, add. kyč. kll., m. piriformis bilat., PV svaly Th/L. Bolestivé úpony m. gluteus na Sco. skl., citlivá žebra, P SIPS, kostrč lat., trochantery. Jako ochablé byly zjištěny hluboké svaly krku, m. rectus abd. bilat. dolní část, m. obliquus abd. ex. a int., m. transversus abd., mm. glutei max. horní část, m. biceps femoris bilat., m. gluteus med. bilat. Jako hypertonické extenzory krku, m. trapezius bilat., mm. pectorales, m. iliopsoas bilat., add. kyč. kll., ischiocrurální svaly bilat. a oblast beder. Výrazně omezený pohyb v kyčli do FL s EX. DK bilat. a na PDK do ZR. Antropometrií zjištěna L DK kratší o 2cm. Při vyšetření páteře zjištěno omezení celé páteře do FL, LATFL. bilat. Cp mírně do FL a EX. Th do EX. Vyšetřením pánve ověřena anteverze pánve, nesymetrická, šikmá pánev. Při vyšetření kyčlí vyšetřen špatný stereotyp EX kyč., kll bilat. a ABD, převaha m. tensor fasciae latae, m. iliopsoas a m. rectus femoris bilat., možný problém v kyč. kll. či TrPs m. piriformis bilat. a nestabilita kyčlí a vazů kyčlí. Možná blokáda v SI skl. Dech vyšetřen převážně jako horní hrudní. Nestabilní trup a lopatky. PD vyšetřeno jako oslabené a dysfunkční.

Výsledky dotazníků (dotazníky viz přílohy)

SCL 90- Zvýšená hodnota nad hranicí nemoci nevyšla nikde. Zvýšená hodnota nad hranicí normy ale pod hranicí nemoci vyšla u anxiозity, hypersenzitivity, paranoidity, psychocismu a deprese. Fobie, hostilita, obsese/kompulze, somatizace i celková obecná závažnost vyšly v normě.

Fobie = 0,428 (norma $0,48 > x > 0,81$ onemocnění)

Deprese = 1 (norma $0,97 > x > 1,55$ onemocnění)

Hostilita = 0,5 (norma $0,68 > x > 0,97$ onemocnění)

Hypersenzitivita = 1 (norma $0,82 > x > 1,28$ onemocnění)

Paranoidita = 0,833 (norma $0,60 > x > 1$ onemocnění)

Psychocismus = 0,400 (norma $0,32 > x > 0,56$ onemocnění)

Obsese, Kompulze = 1 (norma $1,26 > x > 1,35$ onemocnění)

Anxiозita = 1,200 (norma $1,03 > x > 1,57$ onemocnění)

Somatizace = 0,583 (norma $0,92 > x > 1,31$ onemocnění)

Obecná závažnost= 0,788 (norma $0,81 > x > 1,18$ onemocnění)

ASFQ- FSD vyšla u sex. vzrušení a lubrikace. Pod hranicí normy ale nad hranicí dysfunkce vyšla touha. V normě vyšel orgasmus.

Touha= 20 (FSD $17 > x \geq 23$ norma)

Sex. vzrušení= 5 (FSD $11 > x \geq 14$ norma)

Lubrikace= 5 (FSD $6 > x \geq 8$ norma)

Orgasmus= 13 (FSD $9 > x \geq 12$ norma)

FSFI- Plný počet bodů vyšel u vzrušení, lubrikace a orgasmu. Více než polovina bodů vyšlo od nejlepšího u uspokojení a touhy. Méně jak polovina bodů vyšlo u bolesti. Celkový výsledek vyšel 30,4 bodů z 36.

Touha 4,8/6 = největší touha

Vzrušení 6/6 = největší vzrušení

Lubrikace 6/6 = nejlepší lubrikace

Orgasmus 6/6 = nejlepší orgasmus

Bolesti 2,4/6 = nejmenší bolest

Uspokojení 5,2/6 = největší uspokojení

Celkový výsledek = 30,4/36 = nejlepší

Vizuální analogová škála

Intenzita bolesti 8,2cm z 11,8cm nejhorší možné.

Nepříjemnost bolesti 11 z 11,8cm nejhorší možné.

Celková sexuální spokojenost 2,9cm z 11,8cm max. sexuální nespokojenosti.

Dotazník zakreslení bolesti

Pacientka zakreslila bolest u vstupu do vagíny až do její poloviny. (obrázek viz. přílohy)

Vyšetření pánevního dna per cutam

Mezi kontrakcí a relaxací PD jsem palpovala mírný rozdíl. PD oslabené.

Krátkodobý rehabilitační plán

- nácvik malé nohy a úprava plosek nohou plus edukace
- protažení zkrácených svalů
- úprava postury a nácvik korigovaného stoje a sedu
- posílení ochablých svalů
- PIR na TrPs
- aktivace HSS a nácvik dýchání
- zlepšení pohyblivosti páteře
- mobilizace SI, žeber a ramenních kll.

- stabilita kyčlí a centrace kyč. i ramenních kl.
- MT na břišní stěnu, PD a okolí pánve, bederní páteř
- nácvik vědomé kontrakce a relaxace PD a další edukace
- ergonomie v běžných denních činnostech

Záznamy terapií

1. návštěva 26. 1. 2017

Při první návštěvě pac. podepsala informovaný souhlas a vyplnila dotazníky (viz přílohy). Odebrala jsem anamnézu. Provedla celkový kineziologický rozbor včetně vyšetření PD per cutam. Edukovala základní zásady a anatomii HSS a PD. Poté jsem navázala terapií dle vyšetření. Tedy nácvik dolního hrudního a břišního dýchání. Dále nácvik korigovaného stoje a sedu plus zapojení HSS v těchto polohách. Provedla jsem nespecifické mobilizace SI, MT břišní stěny a nakonec PIR na TrPs v oblasti m. piriformis bilat. a spolu s AEK hlavně na ADD kyčlí. Jako autoterapii jsem pac. uložila cvičit kdykoli si vzpomene korigovaný stoj a sed se zapojením HSS, nácvik dolního hrudního a břišního dýchání a protahování ADD kyčlí.

2. návštěva 2. 2. 2017

Při druhé návštěvě jsem si nechala ukázat autoterapii. Říkala, že cvičila hlavně zprvu a pak toho měla dost do školy. Poté jsem pac. ukázala 3bodovou oporu plosek a zakomponovala do korigovaného stoje i sedu. Pac. je instruována, že kdykoli si vzpomene, zkoriguje se v sedu i ve stoje. Poté jsem s pac. protahovala zkrácené svaly a provedla PIR a AEK na ADD kyčlí a naučila ji autoterapii na protahování, kterou by měla provádět 2x denně. Přešly jsme z dýchání do hrudníku a břicha na nácvik dýchání až do podbříšku. Poté jsem pac. poučila o základní anatomii pánve a povrchové anatomické části jsem ji nechala si na sobě nahmatat. Vysvětlila jsem průběh všech tří vrstev svalů PD. A začaly jsme cvičit PD v pozici vleže. Jako autoterapii si bude toto cvičení zkoušet 2x denně mimo dny menstruace. Nakonec jsem provedla centraci kyčlí, nespecifické mobilizace SI, MT břišní stěny a okolí pánve a PIR na TrPs v oblasti m. piriformis bilat.

3. návštěva 9. 2. 2017

Začaly jsme opakováním autoterapie z minula. Pac. si cvičí PD 1x denně a protahuje se 2x denně. Sed a stoj moc nekoriguje. Začíná cítit, že se nějaké svaly uvnitř pánve zapínají i při cvičení nejhlubší vrstvy PD. Provedla jsem centraci kyčlí, nespecifické mobilizace SI, MT břišní stěny a okolí pánve. PIR na TrPs m. piriformis bilat. a spolu s AEK PIR na ADD kyčlí. Pokračovaly jsme cvičením PD již vsedě. Dále jsem pac.

znovu ukázala spojitosti s HSS a celým tělem a naučila jsem ji použít správně a uvědoměle PD spolu s celým HSS v běžném denním životě, tak jak by se mělo samo automaticky zapojovat. (Reeves, 2008) Tedy od lehu, sedu, vstávání ze židle přes různé domácí práce a činnosti až po těžké práce. Poté jsem s pac. komunikovala ohledně psychiky a informovala jsem ji o metodě vaginální mapování. Již o tom něco věděla, ale nebyla na tom.

4. návštěva 18. 2. 2017

Nechala jsem si zase ukázat autoterapii z minula. Pac. si cvičila jen málo, neboť má hodně věcí do školy a novou práci. Poté jsem s pac. komunikovala, sama sebe musí naučit, že to nebolí, ale je to příjemné a hezké, nemůže do toho jít už s tím pocitem „bude to bolet“. Pracovaly jsme na té emoční stránce. Také jsem pac. vysvětlila, že když se nebude korigovat v běžných denních činnostech, napětí v pánvi bude přetrvávat. (Mgr. Michaela Havlíčková, 2017) Provedla jsem centraci kyčlí, nespecifické mobilizace SI a poté PIR s AEK na ADD kyčlí, m. piriformis bilat. a uvolnění v oblasti beder. Poté jsem provedla MT externě na PD a naučila je pac. jako autoterapii. Teoreticky jsem ji instruovala i jak si může PD relaxovat sama doma i interní cestou. Poté jsem jí ukázala pár relaxačních pozic vhodných pro relaxaci PD, v kterých by měla vydržet alespoň 5 dechových cyklů.

5. návštěva 2. 3. 2017

Opět jsem si nechala od pac. ukázat autoterapii a zeptala jsem se jí, jak šly MT PD externě a interně. Pacientka vůbec necvičila, pracuje teď hodně na bakalářce, jen se protahuje. Poté, jsem provedla centraci ramen, mobilizaci žeber a uvolnění krku. PIR na m. piriformis bilat. a spolu s AEK na add kyčlí. Uvolnila jsem bederní oblast pomocí MT. Dále MT na PD externě. Poté jsem pacientku naučila takzvaný „výtah“, který jsme poté začlenily do relaxačních pozic.

6. návštěva 7. 3. 2017

Nejdříve jsme spolu zkontrolovali autoterapii a zeptala jsem se ohledně autoterapie PD. Pac. se protahuje 1x denně, moc se nekoriguje, trénuje správné dýchání, relaxační polohy a relaxaci PD. Provádí si MT PD externě. Int. je ještě nezkoušela. Poté jsem provedla protažení hamstringů, celé páteře, ADD kyčlí a prsních svalů. Centraci ramenních kll., mobilizaci SI, žeber a lopatek. PIR na m. piriformis bilat. a spolu s AEK na ADD kyčlí. Uvolnila jsem bederní oblast pomocí MT. Dále MT na PD externě a aktivaci plosek. Aktivaci HSS ve 3M a 6M. Na závěr jsme zkusily prvky reflexního plazení z Vojtovy metody.

7. návštěva 17. 3. 2017

Pac. se protahuje, cvičí relaxační polohy a vědomě relaxuje PD. MT na PD nedělá. Občas se zkoriguje. Sama si uvědomuje i v běžném denním životě tonus v oblasti PD, i když jenom třeba stojí a dost ji to překvapilo. Pomáhá ji hodně se v té části prodýchat a vědomě se uvolnit. Provádí to kdykoli si vzpomene. Provedla jsem MT pánve, okolí a bederní páteře. Protáhla jsem hamstringy a ADD kyčle. PIR na mm. piriformii které dělaly pac. akutní problém a naučila jsem ji autoterapii. Mobilizovala jsem SI. Cvičily jsme izolovaný pohyb v kyčlích a zároveň protažení ZR. (dle Mgr. Jindřišky Hálkové) Lezení dle Klappa na předloktí sunutím, zkřížený vzor a pavouk s kombinací C oblouku vpravo. Dále jsem pac. ukázala sed dle metody Brunkow, aby si cvičila v práci a ve škole. Zopakovaly jsme si relaxační polohy.

8. návštěva 6. 4. 2017

Provedla jsem výstupní kineziologický rozbor včetně vyšetření PD per cutam a opětovně jsem nechala pac. vyplnit všechny dotazníky. Představila jsem pac. dlouhodobý rehabilitační plán.

Výstupní kineziologický rozbor 6. 4. 2017

Status praesens: pacientka orientovaná prostorem, časem i osobou, rozumí pokynům, spolupracuje. Cítí se dobře. Nic ji nebolí, ani záda.

Výška- 178cm, **váha-** 70kg, **BMI=** 22,09 v normě (norma 18,5- 23,9)

Aspekce

Vyšetření postury

Zezadu

Báze přiměřená, paty souměrné, achilovky souměrné v osové postavení, lýtka souměrná, P podkolenní rýha výš, stehna souměrná, P gluteální rýha výš, m. gluteus max. ochablý bilat. v horní části (palpačně ověřeno), kontura mm. gluteí symetrická, kontura DKK nesymetrická, L do X, P rovně, P SIPS výš (palpačně ověřeno), intergluteální rýha jde šikmo zleva doprava (palpačně ověřeno), asymetrická michaelisova routa (palpačně ověřeno), P cristae iliacae výš (palpačně ověřeno), P thorakobrachiální trojúhelník nepatrně větší, bederní páteř mírně v hyperlordóze, P bok mírně více zalomený, erectory spinae nevýrazné, hrudní páteř nepatrně do skoliózy vpravo (palpačně ověřeno), L lopatka výš a P mírně více vyklenutá (palpačně ověřeno), výrazná prohloubenina mezi lopatkami, kontura HKK souměrná, L rameno i trapéz výš. Hlava v ose.

Zboku

Plochonoží, prsty mírně kladívkovité, hlezenní, kol. a kyč. kll. nejsou v ose (hlezenní a kol. kll- mírně vzad), uzavřená třísla, m. gluteus max. ochablý bilat. v horní části (palpačně ověřeno), pánev v mírné anteverzi (palpačně ověřeno), bederní páteř mírně v hyperlordóze, povolená spodní část břišní stěny, mírná kyfóza hrudníku, mírná protrakce ramen bilat.

Zepředu

Báze přiměřená, plochonoží, prsty mírně kladívkovité, hlezenní kll. souměrné, lýtka souměrná, P patela mírně výš, kontura DKK nesymetrická, L do X, P rovně, P SIAS výš (palpačně ověřeno), P cristae iliacae výš (palpačně ověřeno), P thorakobrachiální trojúhelník nepatrně větší, pupek ve středu, klíční kosti symetrické, kontura HKK souměrná, L rameno i trapéz výš, obličej symetrický.

Vyšetření stereotypů

Sed- občas koriguje, sed na L noze

Chůze- plynulá, rytmická, rychlá chůze se souhybem HKK

Palpace

1. Kůže, podkoží a fascie

Jizvy- stejné jako u vstupního vyšetření

Obtížné vytvoření Küblerovy řasy v oblasti bederní páteře, jinak volné. V oblasti bederní páteře již nejsou zatvrdliny. Add kyč. kll. úplně měkké. V oblasti zad HAZ.

2. Svaly

Svalový tonus

Ochablé svaly- hluboké svaly krku, m. rectus abd. bilat. dolní část, mírně m. obliquus abd. ex. a int., m. transversus abd., mm.gluteii max. horní část., m. biceps femoris bilat., m. gluteus med. hlavně vlevo.

Hypertonické svaly- extenzory krku, m. trapezius bilat., mm. pectorales, m. iliopsoas bilat., oblast beder

Svalová síla (vlastní zpracování)

KLOUB	POHYB		PRAVÁ	LEVÁ
KYČEL	FL	EX	5	5
	ABD	ADD		
	ZR	VR		

TRUP	FL	4
	FL S ROT	4
	EX	4
PÁNEV	ELEVACE	5

TrPs

m. trapezius bilat, mm. pectorales, L m. piriformis, citlivé úpony m. gluteus na Sco. skl.

3. Perioist

P SIPS- nepříjemné, kostrč po stranách citlivá, citlivý P trochanter

4. Klouby

ROM (Dylevský, 2007), *(vlastní zpracování, hodnoty ve stupních)*

AP

KLOUB	POHYB		PRAVÁ		LEVÁ	
KYČEL	FL	EX	85/125	15	85/125	15
	ABD	ADD	45	15	45	15
	ZR	VR	45	45	45	45

PP

KLOUB	POHYB		PRAVÁ		LEVÁ	
KYČEL	FL	EX	90/125	15	90/125	15
	ABD	ADD	45	15	45	15
	ZR	VR	45	45	45	45

5. Antropometrie DKK

DK- délky

Funkční: L 97cm / P 99cm

Anatomická: L 91cm / P 93cm

Stehna: L 48cm / P 50cm

Bérce: L 43cm / P 43cm

Nohy: L 23cm / P 23cm

Dynamické vyšetření (viz tabulky ve vstupním vyšetření)

Závěr vyšetření

Vyšetřením postury zjištěno plochonoží, mírně kladívkovité prsty, nestejná délka končetin a tedy- P podkolenní rýha výš, P patela výš, P gluteální rýha výš,

intergluteální rýha jde šikmo zleva doprava, kontura DKK nesymetrická- L do X, P rovně, P cristae iliacae výš, P SIPS výš, P SIAS výš, šikmá pánev v mírné antevertzi, uzavřená třísla, m. gluteus max. ochablý bilat. v horní části, asymetrická michaelisova routa, bederní páteř v mírné hyperlordóze, povolená spodní část břišní stěny, P thorakobrachiální trojúhelník nepatrně větší, P bok mírně více zalomený, L lopatka výš, P mírně více vyklenutá, výrazná prohloubenina mezi lopatkami, L rameno i trapéz výš, mírná protrakce ramen bilat., mírná kyfóza hrudníku, hrudní páteř nepatrně do skoliózy vpravo. Sed občas koriguje. Nejčastěji sed na L noze. TrPs nalezeny v trapézu bilat., mm. pectorales, L m. piriformis. Citlivé úpony m. gluteus na Sco. skl, P trochanter. Jako ochablé byly zjištěny hluboké svaly krku, m. rectus abd. bilat. dolní část, mírně m. obliquus abd. ex. a int., m. transversus abd., mm. glutei max. horní část., L m. gluteus med. Jako hypertonické extenzory krku, m. trapezius bilat., mm. pectorales, m. iliopsoas bilat. a oblast beder. Antropometrií zjištěna L noha kratší. Při vyšetření páteře zjištěno omezení do FL a LATFL. bilat. Vyšetřením pánve ověřena mírná antevertze pánve, nesymetrická, šikmá pánev. Při vyšetření kyčlí vyšetřen špatný stereotyp EX kyč. kll., a ABD, vlevo. Dech vyšetřen jako dolní hrudní a břišní. Stabilní trup i lopatky. PD vyšetřeno jako aktivované. Mírně svalově oslabené.

Výsledky dotazníků (dotazníky viz přílohy)

SCL 90- Zvýšená hodnota nad hranicí nemoci nevyšla nikde. Zvýšená hodnota nad hranicí normy ale pod hranicí nemoci vyšla u paranoidity. Fobie, deprese, hostilita, hypersenzitivita, psychocismus, obsese/kompulze, anxiozita, somatizace i celková obecná závažnost vyšly v normě.

Fobie= 0 (norma $0,48 > x > 0,81$ onemocnění)

Deprese= 0,538 (norma $0,97 > x > 1,55$ onemocnění)

Hostilita= 0,333 (norma $0,68 > x > 0,97$ onemocnění)

Hypersenzitivita= 0,666 (norma $0,82 > x > 1,28$ onemocnění)

Paranoidita= 0,666 (norma $0,60 > x > 1$ onemocnění)

Psychocismus= 0,100 (norma $0,32 > x > 0,56$ onemocnění)

Obsese, Kompulze= 0,300 (norma $1,26 > x > 1,35$ onemocnění)

Anxiozita= 0,600 (norma $1,03 > x > 1,57$ onemocnění)

Somatizace= 0,333 (norma $0,92 > x > 1,31$ onemocnění)

Obecná závažnost= 0,4 (norma $0,81 > x > 1,18$ onemocnění)

ASFQ- FSD vyšla u touhy, sex. vzrušení a lubrikace. V normě vyšel orgasmus.

Touha = 14 (FSD $17 > x \geq 23$ norma)

Sex. vzrušení = 6 (FSD $11 > x \geq 14$ norma)

Lubrikace = 5 (FSD $6 > x \geq 8$ norma)

Orgasmus = 15 (FSD $9 > x \geq 12$ norma)

FSFI- Plný počet bodů vyšel u lubrikace a orgasmu. Více než polovina bodů vyšlo od nejlepšího u vzrušení a uspokojení. Méně jak polovina bodů vyšlo u touhy a bolesti. Celkový výsledek vyšel 25 bodů z 36.

Touha 2,4/6 = největší touha

Vzrušení 4,2/6 = největší vzrušení

Lubrikace 6/6 = nejlepší lubrikace

Orgasmus 6/6 = nejlepší orgasmus

Bolesti 2,4/6 = nejmenší bolest

Uspokojení 4/6 = největší uspokojení

Celkový výsledek = 25/36 = nejlepší

Vizuální analogová škála

Intenzita bolesti 9,9/11,8cm nejhorší možná.

Nepříjemnost bolesti 10,2/11,8cm nejhorší možná.

Celková sexuální spokojenost 8,8/11,8cm nejhorší možná.

Dotazník zakreslení bolesti

Pacientka zakreslila bolest u vstupu do vaginy až k děložnímu čípku. (obrázek viz. přílohy)

Vyšetření pánevního dna per cutam

Dojde ke slabší kontrakci i relaxaci. PD aktivované.

Dlouhodobý rehabilitační plán

- najít si pohybovou aktivitu
- úprava plochonoží, mírně kladívkovitých prstů, vložkami do bot, korekcí, cvičením
- pokračovat v protahování zkrácených svalů, korekci stoje, sedu i chůze, ergonomii v běžném životě spolu s posílením HSS, relaxační pozice a „výtah“
- posílení ochablých svalů
- MT horní části břišní stěny, beder, PD ext. i int., a jeho okolí
- cvičení a relaxace PD, jen 1-1,5min. ale každé 2 hodiny, v různých pozicích

- odstranit stresující podněty a situace, komunikovat s partnerem, dlouhá předehra, polohy, kde je PD relaxované (leh na břiše, klek na čtyřech, PD výš než hlava)
- balanční cvičení
- čínská medicína, dle které tento problém může souviset také s ledvinami (hlídat pitný režim)
- fyzikální terapie (termoterapie, balneoterapie)
- metoda Mckenzie a Shrottová na skoliózu

Celkové zhodnocení terapie

Po terapiích udává pac. zlepšení kondice, uvědomění si PD a jeho hypertonus. Podařilo se zlepšit dechový stereotyp, posturu- zmírnění anteverze pánve, posílení HSS, mírná symetrizace thorakobrachiálních trojúhelníků, protažení P boku a zlepšení jeho zalomení, zmírnění hyperlordózy, stabilita lopatek, zlepšení předsunutého držení hlavy. Zlepšení protrakce ramen. Zkorigování sedu.

Došlo k posílení P m. gluteus med. Uvolnění add. kyčlí, ischiocrurálních svalů, TrPs v add kyč. kll., byly tuhé a v bederní páteři, kde byly zatvrdliny. Dále TrPs mm. piriformii hlavně P a zlepšení bolestivosti IS kloubu, žeber, kostrče a trochanterů, hlavně L. Celkové zmírnění bolestivosti TrPs PD a okolí. Zvětšil se ROM v kyčlích, AP o 15° na PDK a 20° na LDK. Pasivně až do normy. ROM ZR PDK v normě. U celé páteře se zlepšila FL o 2 cm bilat., LATRFL P o 4cm a L o 3cm. U Cp FL se dostala až na sternum, EX do horizontály. Rotace se zlepšila o 10° bilat. EX v Th do normy. Zlepšil se stereotyp ABD na PDK. Stablnější kyčle a vazy kyčlí. Uvolnění SI.

Zlepšily se psychické funkce. Normalizovala se anxiozita, hypersenzitivita a psychocismus, které byly nad hranicí normy. Nad hranicí normy zůstala jen paranoidita. Deprese a celková závažnost zůstaly v normě.

Ze sexuálních funkcí se výrazně zhoršila touha, vzrušení a uspokojení až do FSD. Lubrikace a orgasmus zůstaly stejné. Bolest zůstala také stejná 2,4/6 nejmenší. Celková hodnota hodnocení FSD se snížila z 30,4 na 25.

Zhoršila se intenzita bolesti o 1,7cm, nepříjemnost bolesti se zlepšila o 0,8cm. A celková sexuální spokojenost se zhoršila o 5,9cm. Hodnocení otázek ohledně bolesti z dotazníku FSFI se nezměnila. Vizuálně se bolest rozšířila až k děložnímu čípku. PD se zaktivovalo.

6. DISKUZE

Internet i časopisy jsou plné rad, doporučení i videí na cvičení a posilování PD. Až s překvapením jsem zjistila, že hodně žen, které jsou mimo zdravotnické obory, vlastně ani netuší, co to PD je. Ani kde se nachází a k čemu slouží. Tím se vysvětluje, že ho ženy necítí a nevnímají. Po negativních sexuálních zážitcích ho dokonce až od zosobní. (Brychtová, kurz pánevního dna, 2017)

Většinou jsou všechny rady na internetu a v časopisech pro ženy vztažené k problematice ochablého PD, související s močovou inkontinencí. „Světová zdravotnická organizace uvádí močovou inkontinenci jako rozšířený problém, všeobecně velice známým, kterým dle Světové zdravotnické organizace trpí 5-8% lidí z celého světa.“ (Příkaská, 2016, s. 10) „Dyspareunii trpí dle Světové zdravotnické organizace dokonce 8-22 % žen v kterémkoliv období jejich života, čímž se řadí mezi jednu z nejčastějších příčin bolesti u žen.“ (Steege, 2009, s. 1124)

Fyzioterapie je v léčbě inkontinence jako metoda první volby. U dyspareunie se v některých člancích o fyzioterapii píše jako o možné metodě. Většinou ale až jako o metodě poslední volby. „V případě, že léčba org. příčin není úspěšná, zůstává reálným léčebným postupem, který může vést k cíli a postupně zbavit pac. některé ze sexuálních dysfunkcí, RHB zaměřená na ovládání PD, terapie mechanickými prostředky v rámci autoterapie, případně psychoterapie.“ (Fiala, 2015) Fyzioterapie u dyspareunie je ale stále velká neznámá. Mezi komplexní péči o pac. s dyspareunií není zařazena.

Jeden z mých cílů bylo zjistit, jestli jsou pac. s těmito problémy směřovány na fyzioterapii a jak s nimi pracují samotní fyzioterapeuti. Ačkoli lékaři ve svých člancích RHB uvádějí, běžně je na ni neposílají. Někteří RHB alespoň doporučí na konci své spolupráce s pac. Většinou tedy po neúspěšné spolupráci. (Volala jsem na místo, kam již několik let paní lékařka, sexuoložka a gynekoložka doporučovala své pac. Na samotném pracovišti mi řekli, že se tam pac. s dyspareunií dostávají omylem, max. 1 za půl roku, a že mě zklamou, že se tím nezabývají. Samotná lékařka byla překvapená, jaké středisko již několik let pac. s dyspareunií doporučovala.) Většinou jsou posílány na místa, kde se řeší inkontinence. Samotné rady a zkušenosti fyzioterapeutů jsou (viz. Praktická část a Poděkování). V Praze mi přišlo nejvíce specializované a odborné, pracoviště FN Motol, paní Mgr. Michaela Havlíčková. Pořádá i velice zajímavé kurzy ohledně problematiky PD. A fyzioterapie (www.somatherapia.cz), Bc. Ida Hurtíková.

Vedoucí této práce, od které jsem čerpala spoustu cenných a praktických informací. Specializuje se na řešení gynekologických a urologických problémů.

U FSD je nutno zdůraznit, že i když má žena některou z dysfunkcí, ještě neznamená, že nemá celkové sexuální uspokojení. A ve většině případů (kromě vaginismu) lze sexuální aktivita normálně provést. U většiny mužů jsou dysfunkce spojeny právě již s problémem provedení sexuálních aktivit. (Fiala, 2015, s. 46) Proto jsou FSD méně řešeny nebo často vůbec neřešeny.

O diagnostice dyspareunie moc literatury není. Většinou jde jen o malý odstavec z celé knihy nebo článku. Kde autoři vypisují všechny možné příčiny tohoto onemocnění, nebo co vše k tomu může vést či alespoň přispívat. Jde o velice pestrou škálu hypotéz a samotných diagnóz, může se tam řadit opravdu skoro cokoliv. (např. trauma, porod, stres, emoční napětí, dysmenorea, hormonální výkyvy, partnerský nesoulad). Výrazně určují terapii dyspareunie. Vždy je ale zapotřebí komplexního přístupu, neboť *„nalezení etiologie, ani její vyřešení ještě neznamená vyléčení dyspareunie“*. (Krulík, 2010) Jde o velice komplexní, složitou a velice různorodou diagnózu.

„Obecně platí, že gyn. onemocnění mají úzkou souvislost s funkčními poruchami pohybové soustavy. Jde hlavně o protektivní změny svalového tonu, kožní reakce např. demografismus, HAZ ale i inervaci a cévní zásobení.“ (Kolář, 2009, s. 623) *„Symptomatologie pohyb. aparátu je v případě některých gyn. poruch podobná a charakteristická. Gyn. příčinu může značit např. bolest beder spolu s nutací pánve, spasmem PD, jednostranná hypotonie glut. svalu a TrPs v oblasti ADD kyčlí.“* Naopak např. strukturální změny Lp (výhřezy plotének) se mohou jevit jako gyn. potíže zhoršeným *„prokrvením malé pánve, změnou nitropánevního tlaku, chron. patol. aferentace a svalovými spasmy PD.“* (Kolář, 2009, s. 623) Pohled z komplexního fyzioterapeutického hlediska považují za důležitý zejména pro zlepšení celkové kondice, psychiky, postury, uvědomění PD, relaxaci, i jeho aktivaci a správné zapojení. Ale i z důvodu zřetězení a projevení gyn. poruch na pohybový aparát a samotných funkčních poruch, především PD se mohou jevit jako gyn. obtíže.

V porovnání se světem bych vyzdvihla hlavně velice vysokou úroveň Sexuologie v České Republice. Jde o velice mladý obor s počátky v 19. století v Evropě. V Praze bylo založeno v roce 1921 úplně první univerzitní pracoviště na světě- Ústav pro sexuální patologii. Později Sexuologický ústav. Dnes patří pod 1.LF UK a VFN v Praze. (Šrámková, 2015, s. 20) *„Sexuologii, ve smyslu samostatné lékařské*

specializace, má tento obor jen několik zemí světa jako Česká republika, Slovensko a z kulturně vzdálenějších např. Argentina. V naprosté většině, včetně Velké Británie a USA, se lékaři této problematice věnují na základě vlastního zájmu bez jakékoli speciální zkoušky. U nás je to nástavbová atestace, kterou mohou absolvovat jen psychiatři, urologové či gynekologové. Ve světě se tomu, čemu my říkáme sexuologie, věnují zástupci jiných, velmi různých profesí- psychologové, psychoterapeuti, manželští poradci, sociální pracovníci. (Weiss, 2014, s. 176) Vysoké úrovni Sexuologie v České republice nasvědčuje i skutečnost, že vrcholné setkání světových sexuologů- kongres International Academy of Sex Research, bylo již 3x v Praze. Nikde jinde se tento kongres tolikrát nekonal. (Weiss, 2014, s. 176)

Závěrečná doporučení a základní prevence dyspareunie. Po porodu se zdržet alespoň 6 týdnů sexuální aktivity. Poté může být nutné používat maziva v důsledku hormonálních změn způsobující vaginální suchost, k těmto změnám často dochází také v období menopauzy. Při nedostatku lubrikace nutno používat výhradně speciální přípravky (použití např. vazelíny může podporovat výskyt vaginální infekce, neboť není rozpustná ve vodě). Dostatečně dlouhá předehra a stimulace před sexem pomůže vytvoření vhodné lubrikace pochvy. Dodržovat správnou hygienu. Praktikovat bezpečný sex k prevenci onemocnění sexuálně přenosnými pohlavními infekcemi. Komunikovat s partnerem a odstranit faktory strachu, nervozity a emočního napětí či nepohody. Praktikovat sexuální polohy, kde je PD co nejvíce relaxované- v kleku na čtyřech, leh na břiše a polohy kde je PD výš než hlava. Hypertonické PD je časté také u vrcholových sportovkyň. Jakmile do soulože jdete již s nepříjemným pocitem, PD se automaticky reflexně stáhne. Jakékoli i malé jizvy, které nejsou správně zhojené, i třeba v podbřišku, mohou k hypertonu PD také přispívat. A rada na závěr, rozhodně neváhat a o všem se poradit s lékařem!

Nejbližší zpracovávaná práce k tématu dyspareunie byla diplomová práce studenta fyzioterapie z 2.LF, Mgr. studium. Na téma „*Kineziologické aspekty u pacientek s diagnózou dyspareunie*“ kdy student zkoumal zlepšení bolestí u 10 pacientek s dyspareunií jednorázovým ošetřením m. levator ani per rectum a mobilizací kostrče dle Mojžíšové a Lewita. Popsal své výsledky jako nedostačující fyzioterapeutický zásah v úspěšné léčbě dyspareunie. Zejména jednorázovou terapii hodnotí jako nedostatečnou a doporučuje terapie orientovat na komplexnější fyzioterapeutický přístup v kombinaci s psychoterapií, sexoterapií a gyn. léčbou. O tento komplexní přístup jsem se snažila v této práci. (Krulík, 2010, s. 71)

7. ZÁVĚR

V teoretické části mé BP jsem podala přehled o nejdůležitější anatomii k diagnóze dyspareunie. Popsala jsem hlavní svaly pánve a PD, jeho inervaci, cévní zásobení a kostěnou základnu pánve. Dále funkční rozdělení svalů PD, jejich zapojení v HSS a jak by se mělo chovat při souloži. Dále jsem popsala základní FSD včetně dyspareunie. Čím jsem splnila svůj cíl ohledně teorie BP.

V praktické části jsem měla dvě pacientky ve věku (19-25let), obě s diagnostikovanou dyspareunií po předchozích negativních gyn., sex., psychologických a jiných vyšetřeních. Jejich reakce na terapie byla, že se s nimi konečně „něco“ děje. Do teď procházely spíše jen vyšetřeními, rozhovory, a dotazníky. Obě doteď žádný sport nedělaly, ani nebyly poslány s tímto problémem na RHB.

U obou pacientek došlo ke zlepšení kondice, psychiky a kineziologického vyšetření- postura, sed, dech, HSS, ROM v kyč. kll., uvědomění si PD a jeho tenze, izolovaná aktivace funkčních vrstev PD i částečná relaxace, celkově zaktivování PD. Dotazníky sexuálních funkcí obou pacientek hodnotí spíše jejich momentální partnerský vztah (v posledních 4 týdnech) a konečnou vidinu naděje jejich zlepšení bolestí. Zejména aspekty jako sex. touha, vzrušení a celkové uspokojení.

Pacientka č. 1- Dyspareunie nastala od 1. sexuálního styku a trvá již asi 4 roky. Popisuje ostrou pichlavou bolest kaudálně ve vagině, hlavně na začátku soulože. Pak udává, že si trochu „zvykne“ a je to lepší (pravděpodobně relaxuje). Většinou soulož dokončí. Bolest může přetrvávat po souloži do 10min. Během terapií si sama uvědomila, že hypertonus PD je hodně spojený s hlavou, myšlením a celkovým naladěním (stres, nervozita). Nyní si totiž PD uvědomuje a vysledovala, že když ví, že se chýlí k souloži, zavedení tamponu nebo chce provést MT interně, cítí, jak se stáhne. U zavádění tamponu uvádí „*jako by se ho snažila nacpat do zdi*“. Nyní pomůže, když má dostatek času a může se relaxovat (dle terapií) nebo když na to nemyslí, nečeká to. (Partner jednou přišel nečekaně zezadu a došlo k souloži. Nebolelo to, nestihla se stáhnout). Po terapiích udává, že si uvědomuje PD, dokáže ho částečně a vědomě relaxovat a pracovat s ním. Celkové zlepšení frekvence, intenzity i nepříjemnosti bolesti. K bolesti dochází již jen v polovině případů. Předpokladem etiologie dyspareunie je dysfunkce PD, trauma z dětství a psychika, endometrióza, retroverze dělohy, poruchy lubrikace a možný vaginismus a partner (má nyní nového přítele).

Pacientka č. 2- Dyspareunie nastala až 2 měsíce po první souloži, kdy byla více ve stresu a trvá již asi 5 let. Popisuje pálivou bolest kaudálně až v celé vagině, začínající až v průběhu soulože. Postupně se bolest horší. Někdy soulož ani nedokončí. Bolest může přetrvávat po souloži do 5min., hned potom pomůže sprcha a mast Canesten. Většinou se pak zjistí rozjetí bakteriálních infekcí. Po залечení pár dnů, výjimečně měsíců, bez bolesti. Poslední dobou jen pár dnů. Bakteriální infekce vzniká sníženou imunitou pacientky, pravděpodobně způsobenou stresem (nyní hodně ve stresu) nebo hormonálními dysbalancemi a výkyvy. Po terapiích si uvědomuje permanentní tenzi PD. MT interně provádět lze. Tampony také způsobují pálení, neboť vysušují. Po terapiích se bolest skoro nezměnila. Dále uvádí větší přenesení se přes její trauma. (Přítel, netušící co si prožila, použil při souloži slovo „teď tě znásilním“. Povznesla se nad tím a později i pousmála. Nezkazilo to ten moment. Bylo to pro ni velice pozitivní.) Po terapiích udává, že si uvědomuje PD. Dokáže s ním pracovat i izolovaně a po vrstvách. Bolest zůstává po terapiích nezměněna, neboť závisí na výskytu bakteriálních infekcí. Předpokladem etiologie dyspareunie je dysfunkční PD, bakteriální infekce z vlastní snížené imunity a možného i psychického dopadu, trauma z dětství a lubrikace.

V praxi se mi ověřilo, že dyspareunie může mít různé etiologie vzniku, které jsou důležité znát pro zahájení účinné terapie. (U pacientky č. 1 se bolest začala lepšit a PD uvolňovat. U pacientky č. 2 se bolest celkem nezměnila, závisí tam totiž na výskytu bakteriálních infekcí.) Přínos fyzioterapie bych popsala především jako neinvazivní metodu bez nežádoucích účinků s pozitivním vlivem na psychiku a celkovou kondici pacientek. Uvědomění si PD, jeho funkce, polohy a kondice. Uvolnění TrPs, vědomou relaxaci a správné zapojení. Důležité je instruovat i k autoterapii. Pro pacientky byly terapie velice poučné. U určitých etiologií dyspareunie by tak mohla fyzioterapie pozitivně ovlivnit samotnou bolest. Nemohu však výsledek objektivizovat po zlepšení jedné pacientky. Dle mého cíle jsem zjistila vliv a míru vlivu komplexní fyzioterapie s výše uvedeným zaměřením na tyto dvě pacientky.

Rozhodně bych doporučila zařadit fyzioterapii do komplexní terapeutické péče současně s gynekologií, sexuologií a psychoterapiemi. Nebo alespoň po negativních vyšetřeních těchto specialistů. A to u všech etiologií dyspareunie pro jejich vlastní uvědomění PD, jeho zosobnění, relaxaci a správnou aktivitu. Dále zlepšení celkové kondice, psychiky, základní edukaci a rady. A pro lepší diagnostiku jejich problému. Fyzioterapie je obecně výhodná v celkovém pohledu na pacientky.

8. SEZNAM ZKRATEK A VYSVĚTLIVEK

a.	artérie
A/O skl.	atlantooccipitální skloubení
abd.	abdominis
ABD/ADD	abdukce, addukce
AEK	agisticko-excentrická koncentrace
AP/PP	aktivní pohyb, pasivní pohyb
ASFQ	zkrácená verze dotazníku sexuálních funkcí
bilat.	bilaterálně
BP	bakalářská práce
chron.	chronické
Cp	krční páteř
comm.	communis
deflorace	protržení panenské blány
dex.	dexter
DK/DKK	dolní končetina, dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
DNS	dynamická neuromuskulární stabilizace
et	a
ex./int.	externus, internus
FL/EX	flexe, extenze
FSD	female sexual dysfunction
FSFI	dotazník pro hodnocení ženské sexuální funkce
glut.	gluteálních
gyn.	gynekologické
HAZ	hyperalgická zóna
HK/HKK	horní končetina, horní končetiny
HSS	hluboký stabilizační systém trupu
inz.	inzulín
inf.	inferior
kl./kll.	kloub, klouby
kol.	kolenní
kyč.	kyčelní

LATR. FL	lateroflexe
LF	lékařská fakulta
Lp	bederní páteř
lum.	lumborum
m./mm.	muculus, musculi
max.	maximus
med.	medius
menstr.	menstruace
min.	minut
mm	milimetrů
mmHg	milimetrů rtuťového sloupce
MT	měkké techniky
n.	nervus
např.	například
negat.	negativní
obl.	obliquus
org.	orgánů
pac.	pacientka, pacientky
patol.	patologické
PD	pánevní dno
P/L	pravý, levý
PIR	postizometrická relaxace
pohl.	pohlavní
pohyb.	pohybový
prof.	profundus
PV	paravertebrální svaly
RHB	rehabilitace
ROM	rozsah pohybu
ROT	rotace
SCL 90	psychologický dotazník o 90 otázkách
sco.	sacroiliakální
sex.	sexuální
SI	sacroiliakální skl.
sin.	sinister

SIPS/ SIAS	spina iliaca posterior superior, spina iliaca anterior superior
skl.	skloubení
spf.	superficialis
Th	hrudní páteř
TrPs	trigger points
TSH	thyreoidální stimulační hormon
tzv.	takzvaně
UK	Univerzita Karlova
UZ	ultrazvukové vyšetření
ÚZIS	Ústav Zdravotnických Informací a Statistiky
v.	véna
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
WHO	World Health Organization
ZR/VR	zevní rotace, vnitřní rotace

9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Obr. 4- ANATOMYZONE. *Pelvic Floor Part 1 - The Pelvic Diaphragm - 3D Anatomy* Tutorial. In: Youtube [online]. Velká Británie: 2.2.2013 [cit. 23-3-2017]. Dostupné z: <http://1url.cz/itV7k>.
2. BORTOLAMI, A., et al.. *Relationship between female pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction: An observational study*. J Sex Med [online]. WILEY-BLACKWELL, May, 2015, Vol.12, Issue 5, p.1233–1241. [cit. 22-1-2017]. ISSN: 17436095. Systémové číslo: 000354531400020. Dostupný z: <http://1url.cz/gtkMp>.
3. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie I*. Druhé, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. r. o., 2001-2006. ISBN 80-7169-970-5.
4. DEAN A. Seehusen and C. Drew, V. David. Dyspareunia in women. *American Family Physician*. [online]. Kansas City, Mo: American Academy of General Practice. Otober 1, 2014, ročník 90, číslo 7, 465-470 [cit. 22-2-2017]. ISSN 15320650. Dostupný z: www.aafp.org/afp. (str. 465-466)
5. DYLEVSKÝ, Ivan, 2007. *Obecná kineziologie*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-1649-0.
6. ROČEK, 2017 podle DEROGATIS, L. R. and R. UNGER. *Symptom Checklist-90-Revised. The Concise Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Sciene*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2010. Third edition. 1112. DOI: 10.1002/9780470479216. Dostupný z: 1url.cz/Ftktk, 1url.cz/9tkDU.
7. ESERDAG, Süleyman. *Dyspareunia (Painful sex)*. Hera Clinic [online]. Ankara. 2015, [cit. 23-2-2017]. Dostupný z: <http://1url.cz/ZtV7j>.
8. FIALA, Luděk. *Sexuologie: Ženské sexuální dysfunkce. Zdravotnictví a medicína* [online]. Mladá fronta, 21.9.2015 [cit. 22-11-2016], s.46. ISSN 1805-2355. Dostupný z: <http://1url.cz/mtEMo>. (str. 46)
9. GRIM, Miloš, Rastislav Druga et al. *Základy anatomie*. 1. *Obecná anatomie a pohybový systém*. První vydání, dotisk, Praha: Galén, 2001-2006, 159str., ISBN 80-7262-112-2. (str. 120-121)
10. HANKYU, Park, H. Dongwook. The effect of the correlation between the contraction of the pelvic floor muscles and diaphragmatic motion during breathing. *Journal of Physical Therapy Science* [online]. Republic of Korea:

- Society of Physical Therapy Science, 2015, Vol. 27, No. 7, 2013-2015, [cit. 27-2-2017]. ISSN:09155287 DOI:10.1589/jpts.27.2113. Dostupný z: databáze EBSCO. (str. 2113-2115)
11. HAUGE, Martin. *Help 24*. Psychologie, duševní zdraví. In help24.cz [online]. ČR. 2001-2009 [cit. 21-3-2017]. Dostupný z: 1url.cz/9tkDU.
 12. Obr. 1- JAMEEL, Yasir. *Kostra pánve*. In: Health & Medicine, Applied anatomy Hip and Thigh, Jeff Weiner. LinkedIn [online]. CA, USA: LinkedIn Corporation, May 5, 2015 [cit. 28-3-2017]. Dostupný z: <http://1url.cz/2tV7D>.
 13. Obr. 6- KLIKOVÁ, L. *Ženské pohlavní orgány v dutině břišní*. In: symptomy.cz - databáze příznaků a indikací častých nemocí [online], Syntex, s. r. o. Brno, c2015, [cit. 22-10-2016], ISSN 2336-6540, IČ:269 53 030, DIČ: CZ26953030, Dostupný z: <http://1url.cz/WtV7h>.
 14. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. První vydání. Dotisk. Praha 5: Galén, 2009, 713str. ISBN: 978-80-7262-657-1. (s.623, 634, 713)
 15. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce*, 3. doplněné a aktualizované vydání, Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2008, 304 str., ISBN 978-80-247-2476-8. (dotazník SFSI str. 270-273, str. 18-19, str. 133-134)
 16. KRULÍK, Jan. *Kineziologické aspekty u pacientek s diagnózou dyspareunie* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2LF, 2010, 79str. [cit. 21-2-2017]. Diplomová práce, vedoucí Mgr. Petr Bitnar. Dostupný z: <http://1url.cz/QtV7C>. (str. 71, 37, IX)
 17. Obr. 3- LAU, Brian. Posterior Abdominal Wall, from Netter's *Atlas of Anatomy*. Labels added to highlight Liver sinew channel. In: *Anatomy of the Sinew Channels: The Diaphragm and the Liver Sinew Channel, Part 1* [online]. Monday, December 14, 2015 [cit. 15-3-2017]. Dostupný z: <http://1url.cz/FtV7Z>.
 18. MACHÁLEK, Libor. *Fotografický interaktivní atlas člověka. verze 2.0 (2009)*. In: Luňák Libor, Konečný Jakub. [online]. Olomouc: Ústav normální anatomie LF UP v Olomouci, 2009. Verze 2.0 2009 [cit. 22-3-2017]. Dostupný z: <http://1url.cz/QtV7U>. (str. 1-3)
 19. MEANA, Marta. Painful Intercourse: Dyspareunia and Vaginismus. *Journal of Family Psychotherapy*, 2009, vol 20, Iss 2-3, p.198–220, ISSN: 0897-5353.
 20. PALEČKOVÁ, Denisa. *Vaginální mapování*. Tantra Spa. Prague [online]. Praha. 2007-2017 [cit. 21-2-2017]. Dostupný z: <http://1url.cz/ZtV7f>.

21. PŘÍKASKÁ, Markéta. *Močová inkontinence u žen a její léčba fyzioterapií*. Urinary Incontinence in Women nad the Treatment by Physiotherapy [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1LF, KRL, 2016. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Ida Hurtíková Dostupný z: <http://1url.cz/ltkHg>. (str. 10)
22. Krulík, 2010, podle QUIRK, F. H. et al. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female dysfunction. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. Marry Ann Liebert Inc. 2002, Vol. 11, Number 3, p. 277-289.
23. REEVES, Irene Lang. *Pánevní dno: Jak využít běžný den jako trénink*. První české vydání z německého „Beckenboden“. Praha: JAN VAŠUT s.r.o., 2008, 126str. ISBN: 978-80-7236-590-6.
24. REGULI, Helena. *Co vše lze zařadit pod diagnózu neorganické dyspareunie* [online]. Uherské hradiště, 2011, 21str. [cit. 20-2-2017]. Dostupný z: <http://1url.cz/4tV7I>. (str. 3)
25. ROSEN, R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. In: *Journal of Sex & Marital Therapy* [online]. New Jersey, USA: Brunner/Mazel. 2000, 1-18 [cit. 28-2-2017]. Dostupný z: 1url.cz/ktkCH. (s.18)
26. ROSSETTI, Salvatore Rocca. Functional anatomy of pelvic floor. *Archivio Italiano di Urologia, Andrologia: Organo Ufficiale di Società* [online]. Torino, Italy. 1. January 2016, 88(1), 28-37 [cit. 28-2-2017]. DOI: 10.4081/aiua.2016.1.28. ISSN 11243562. Dostupný z: databáze EBSCO. (str. 35)
27. Obr. 5- SARTON, Julie. Funkční vrstvy pánevního dna. Assessment of the Pelvic Floor Muscles in Women with Sexual Pain. In: Department of Obstetrics and Gynecology. *The Journal of sexual medicine. An official Journal of the International Society for Sexual Medicine* [online]. Irvine, CA, USA: Elsevier Inc, November 2010, Volume 7, Issue 11, Pages 3526–3529 [cit. 11-3-2017]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02059.x>. Dostupný z: <http://1url.cz/JtV7g>. (str. 3526)
28. STEEGE F. John, Dennis Zoulnoun. Evaluation and Treatment of Dyspareunia. *Obstetrics & gynecology* [online]. MD USA: CME, American college of Obstetricians and Gynecologists, May 2009, VOL. 113, NO. 5., 1124-1136. [cit. 22-2-2017]. Dostupný z: www.greenjournal.org. (str. 1130, str. 1134-1135)

29. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, 216str. ISBN: 978-80-247-4453-7. (str. 48)
30. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie: pro zdravotníky*. 1. Vydání. Praha: Galén, 2015, 237str. ISBN 978-80-7492-162-9. (str. 20-21, str. 73, str. 75-77, str. 158)
31. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. [online] 10. aktualizované vydání. Praha: *World Health Organization*, 2013, c1.4.2014 [cit. 20-2-2017] 874str. ISBN: 978-80-904259-0-3. Dostupný z: 1url.cz/StV7S. (str. 230, str. 507)
32. VINOPALOVÁ, Kateřina. *Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií, 2012, 95str. [cit. 20-2-2017]. Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D Dostupný z: <http://1url.cz/gtV70>. (str. 40)
33. Obr. 2- WEISS, M. Patricie. Pánevní dno, ukázka interního vyšetření TrPs PD A) pohled zespoda, B) pohled shora In: *Endometriosis Articles, Studies, and Musings*. Pelvic floor spasm: The missing link in chronic pelvic pain [online]. MD, 2012-2014. Dostupný z: <http://1url.cz/TtV7v>.
34. WEISS, Petr. *Weissova navigace sexem*. Lucie Ondřichová. První vydání. Praha: Columbus holdings, spol. s.r.o., 2014. 208str. ISBN 978-80-87588-43-7. (str. 20, str. 22, str. 176-178)
35. WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 724str. ISBN: 978-80-247-2492-8. (str. 339, str. 345)

10. SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1 – Kostra pánve.....</i>	<i>13</i>
<i>Obr. 2 – Pánevní dno, ukázka interního vyšetření TrPs PD.....</i>	<i>14</i>
<i>Obr. 3 – Pánevní dno a propojení se svaly trupu a bránicí.....</i>	<i>15</i>
<i>Obr. 4 – Pánevní dno 3D Anatomy.....</i>	<i>16</i>
<i>Obr. 5 – Funkční vrstvy pánevního dna, palpce per vaginam.....</i>	<i>18</i>
<i>Obr. 6 – Ženské pohlavní org. v dutině břišní</i>	<i>96</i>

11. SEZNAM PŘÍLOH

<i>Příloha č. 1 – Informovaný souhlas</i>	<i>75</i>
<i>Příloha č. 2 – Normy vyšetření ROM.....</i>	<i>76</i>
<i>Příloha č. 3 – Dotazník ASFQ.....</i>	<i>77</i>
<i>Příloha č. 4 – Dotazník FSFI</i>	<i>82</i>
<i>Příloha č. 5 – Dotazník SCL 90</i>	<i>88</i>
<i>Příloha č. 6 – Dotazník vizuální analogové škály.....</i>	<i>95</i>
<i>Příloha č. 7 – Dotazník zakreslení bolesti</i>	<i>96</i>

Příloha č. 1 - Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pacienta

Název a osnova bakalářské práce (dále jen BP)

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

Ošetřující lékař:

1. Já, níže podepsaná souhlasím s mou účastí v bakalářské práci, kde budou údaje o mé osobě anonymně součástí kazuistiky. Je mi více než 18 let.
2. Byla jsem podrobně informována o cíli BP, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Studentka, zpracovávající BP mi vysvětlila očekávaný přínos BP.
3. Porozuměla jsem tomu, že svou účast v kazuistice mohu kdykoliv přerušit či odstoupit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mého dalšího léčení. Moje účast v kazuistice je dobrovolná.
4. Kazuistika bude v BP uveřejněna přísně anonymně bez mých osobních údajů.
5. S mojí účastí v kazuistice BP není spojeno poskytnutí žádné odměny.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v kazuistice BP.

Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis studenta:

Datum:

Datum:

Příloha č. 2 - Normy vyšetření ROM

ROM (Dylevský, 2007), *(hodnoty ve stupních)*

KLOUB	POHYB		NORMA	
KYČEL	FL	EX	90/125	15
	ABD	ADD	45	15
	ZR	VR	45	45

Dynamické vyšetření (Kolář, 2009)

1. Páteř

Test	Norma
EX	35°
ROTACE	45°

Cp

EX	80°-90°, čelo a nos v horizontálně
LATR. FL	35°-40°
ROTACE	45°-50°

Příloha č. 3 - Dotazník ASFQ

**Dotazník ASFQ – Abbreviated Sexual Function Questionnaire, Zkrácená verze
dotazníku sexuálních funkcí
(Krulík, 2010, podle Quirk, 2002)**

1. Během posledních 4 týdnů – jak často jste měla myšlenky nebo příjemné pocity spojené se sexuální aktivitou?

- ☐ Vůbec ne (1)
- ☐ Vzácně (2)
- ☐ Někdy (3)
- ☐ Často (4)
- ☐ Velmi často (5)

2. Během posledních 4 týdnů – jak často jste chtěla býti hlazena nebo mazlena vaším partnerem?

- ☐ Vůbec ne (1)
- ☐ Vzácně (2)
- ☐ Někdy (3)
- ☐ Často (4)
- ☐ Velmi často (5)

3. Během posledních 4 týdnů – jak často jste chtěla mít sexuální aktivitu?

- ☐ Vůbec ne (1)
- ☐ Vzácně (2)
- ☐ Někdy (3)
- ☐ Často (4)
- ☐ Velmi často (5)

4. Během posledních 4 týdnů – jak často jste zahájila sexuální aktivitu s partnerem?

- ☐ Vůbec ne (1)
- ☐ Vzácně (2)
- ☐ Někdy (3)
- ☐ Často (4)
- ☐ Velmi často (5)

5. Během posledních 4 týdnů – jak často jste měla sexuální aktivitu spojenou s penetrací?

- ☐ Neměla jsem sexuální aktivitu (0)
- ☐ Jednou / dvakrát (1)
- ☐ 3-4 krát (2)
- ☐ 5-8 krát (3)
- ☐ 9-12 (4)
- ☐ 13-16 (5)
- ☐ Více než 16 (6)

6. Přemýšlela jste o svém sexuálním životě během posledních 4 týdnů? Jak často jste se těšila na sexuální aktivity?

- ☐ Vůbec ne (1)
- ☐ Vzácně (2)
- ☐ Někdy (3)
- ☐ Často (4)
- ☐ Velmi často (5)

7. Během posledních 4 týdnů – jak často jste měla pocit "tepla" ve své pochvě / genitální oblasti, když jste se účastnila sexuální aktivity?

- ☐ Neměla jsem sexuální aktivitu (-)
- ☐ Vůbec ne (1)
- ☐ Někdy (2)
- ☐ Často (3)
- ☐ Velmi často (4)
- ☐ Pokaždé (5)

8. Během posledních 4 týdnů – obecně – kolik "tepla" jste cítila ve své pochvě / genitální oblasti, když jste se účastnila sexuální aktivity?

- ☐ Neměla jsem sexuální aktivitu (-)
- ☐ Žádné (1)
- ☐ Nepatrně tepla (2)
- ☐ Mírně tepla (3)
- ☐ Velmi tepla (4)
- ☐ Extrémně tepla (5)

9. Během posledních 4 týdnů – jak často jste měla pocit "pulzování" nebo "mravenčení" ve své pochvě / genitální oblasti, když jste se účastnila sexuální aktivity?

- Neměla jsem sexuální aktivitu (-)
- Vůbec ne (1)
- Někdy (2)
- Často (3)
- Velmi často (4)
- Pokaždé (5)

10. Během posledních 4 týdnů – obecně – kolik "pulzování" nebo "mravenčení" ve své pochvě / genitální oblasti jste pocítovala, když jste se účastnila sexuální aktivity?

- Neměla jsem sexuální aktivitu (-)
- Žádné (1)
- Nepatrný pocit (2)
- Mírný pocit (3)
- Silný pocit (4)
- Velmi silný pocit (5)

11. Během posledních 4 týdnů – jak často jste si všimla vaginální vlhkosti / lubrikace, pokud jste se účastnila sexuální aktivity?

- Neměla jsem sexuální aktivitu (-)
- Vůbec ne (1)
- Někdy (2)
- Často (3)
- Velmi často (4)
- Pokaždé (5)

12. Během posledních 4 týdnů – obecně- kolik vaginální vlhkosti / lubrikace jste měla, když jste se účastnila sexuální aktivity?

- Neměla jsem sexuální aktivitu (-)
- Žádná vlhkost / lubrikace (1)
- Nepatrná vlhkost / lubrikace (2)
- Mírná vlhkost / lubrikace (3)
- Vysoká vlhkost / lubrikace (4)
- Extrémní vlhkost / lubrikace (5)

13. Během posledních 4 týdnů – jak často jste měla orgasmus, když jste se účastnila sexuální aktivity (počítáno s nebo bez partnera)?

- Neměla jsem sexuální aktivitu (-)
- Vůbec ne (1)
- Někdy (2)
- Často (3)
- Velmi často (4)
- Pokaždé (5)

14. Během posledních 4 týdnů – obecně – jak příjemné byly orgasmy, které jste měla?

- Neměla jsem orgasmus (0)
- Nebyly příjemné (1)
- Trochu příjemné (2)
- Průměrně příjemné (3)
- Velmi příjemné (4)
- Extrémně příjemné (5)

15. Během posledních 4 týdnů – obecně – jak snadné pro vás bylo dosáhnout orgasmu?

- Neměla jsem orgasmus (0)
- Velmi obtížné (1)
- Docela obtížné (2)
- Ani snadné, ani obtížné (3)
- Poměrně snadné (4)
- Velmi snadné (5)

Hodnocení dotazníku ASFQ – Zkrácená verze dotazníku sexuálních funkcí

(Krulík, 2010 podle Quirk, 2002, s. 289)

Ke každé otázce se přiřadí počet bodů dle zaškrtnutých odpovědí, kde konkrétní hodnoty bodů jsou uvedeny v závorkách přímo v dotazníku. Nejméně 0 a nejvíce 5 bodů.

Dále se sečtou body pro každou kategorii. Výsledné hodnoty se porovnají s normou.

Kategorie:

Touha: 1,2,3,4,5,6

Sex. vzrušení: 7,8,9,10

Lubrikace: 11,12

Orgasmus: 13,14,15

Hraniční hodnoty:

	hranice normy	hranice FSD
Touha	23	17
Sex. vzrušení	14	11
Lubrikace	8	6
Orgasmus	12	9

Příloha č. 4 - Dotazník FSFI

Dotazník FSFI – Female Sexual Function Index, Dotazník pro hodnocení ženské sexuální funkce

(Kratochvíl, 2008, s. 270-273)

Otázka:

1. Během posledních 4 týdnů: jak často jste pociťovala sexuální touhu nebo zájem?

Možné odpovědi:

- 5 - Téměř stále nebo stále
- 4 - Většinou (více jak polovinu doby)
- 3 - Někdy (asi polovinu doby)
- 2 - Zřídka (méně než polovinu doby)
- 1 - Téměř nikdy nebo nikdy

2. Během posledních 4 týdnů: jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vaší sexuální touhy?

- 5 – Velmi vysoká
- 4 – Vysoká
- 3 – Střední
- 2 – Nízká
- 1 – Velmi nízká nebo nulová

3. Během posledních 4 týdnů: jak často jste se cítila sexuálně vzrušená během sexuální aktivity nebo soulože?

- 0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
- 5 – Velmi vysoká
- 4 – Vysoká
- 3 – Střední
- 2 – Nízká
- 1 – Velmi nízká nebo nulová

4. Během posledních 4 týdnů: jak byste ohodnotila úroveň svého sexuálního vzrušení během aktivity nebo soulože?

- 0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
- 5 – Velmi vysoká
- 4 – Vysoká

3 – Střední

2 – Nízká

1 – Velmi nízká nebo nulová

5. Během posledních 4 týdnů: jak velkou důvěru jste měla, že se během sexuální aktivity nebo soulože vzrušíte?

0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě

5 – Velmi vysoká

4 – Vysoká

3 – Střední

2 – Nízká

1 – Velmi nízkou nebo nulovou

6. Během posledních 4 týdnů: jak často jste byla spokojena se svým vzrušením během sexuální aktivity nebo soulože?

0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě

5 – Téměř vždy nebo vždy

4 – Většinou (častěji než v polovině případů)

3 – Někdy (asi v polovině případů)

2 – Zřídka (méně než v polovině případů)

1 – Téměř nikdy nebo nikdy

7. Během posledních 4 týdnů: jak často došlo u vás ke zvlhnutí v pochvě během sexuální aktivity nebo soulože?

0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě

5 – Téměř vždy nebo vždy

4 – Většinou (častěji než v polovině případů)

3 – Někdy (asi v polovině případů)

2 – Zřídka (méně než v polovině případů)

1 – Téměř nikdy nebo nikdy

8. Během posledních 4 týdnů: jak obtížné bylo, abyste při sexuální aktivitě nebo souloži zvlhla?

0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě

5 – Nebylo to obtížné

4 – Mírně obtížné

3 – Obtížné

2 – Velmi obtížné

1 – Mimořádně obtížné

9. Během posledních 4 týdnů: jak často se udržela v pochvě vlhkost až do ukončení sexuální aktivity nebo soulože?

0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě

5 – Téměř vždy nebo vždy

4 – Většinou (častěji než v polovině případů)

3 – Někdy (asi v polovině případů)

2 – Zřídka (méně než v polovině případů)

1 – Téměř nikdy nebo nikdy

10. Během posledních 4 týdnů: jak obtížné bylo, aby se vlhkost udržela až do skončení sexuální aktivity nebo soulože?

0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě

5 – Nebylo to obtížné

4 – Mírně obtížné

3 – Obtížné

2 – Velmi obtížné

1 – Mimořádně obtížné nebo nemožné

11. Během posledních 4 týdnů: jak často jste při sexuální stimulaci nebo souloži dosáhla orgasmu (vyvrcholení)?

0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě

5 – Téměř vždy nebo vždy

4 – Většinou (častěji než v polovině případů)

3 – Někdy (asi v polovině případů)

2 – Zřídka (méně než v polovině případů)

1 – Téměř nikdy nebo nikdy

12. Během posledních 4 týdnů: jak obtížné bylo pro vás při sexuální stimulaci nebo při souloži dosáhnout orgasmu (vyvrcholení)?

0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě

5 – Mírně obtížné

4 – Velmi obtížné

3 – Obtížné

2 – Nebylo to obtížné

1 – Mimořádně obtížné nebo nemožné

13. Během posledních 4 týdnů: jak jste byla spokojena se svou schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) během sexuální aktivity nebo soulože?

- 0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
- 5 – Velmi spokojena
- 4 – Mírně spokojena
- 3 – Zhruba stejně spokojena i nespokojena
- 2 – Mírně nespokojena
- 1 – Velmi nespokojena

14. Během posledních 4 týdnů: jak jste byla spokojena s emoční blízkostí s partnerem během sexuální aktivity?

- 0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
- 5 – Velmi spokojena
- 4 – Mírně spokojena
- 3 – Zhruba stejně spokojena i nespokojena
- 2 – Mírně nespokojena
- 1 – Velmi nespokojena

15. Během posledních 4 týdnů: jak jste byla spokojena se sexuálním vztahem s partnerem?

- 0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
- 5 – Velmi spokojena
- 4 – Mírně spokojena
- 3 – Zhruba stejně spokojena i nespokojena
- 2 – Mírně nespokojena
- 1 – Velmi nespokojena

16. Během posledních 4 týdnů: jak jste byla spokojena se svým celkovým sexuálním životem?

- 0 – Nedošlo k žádné sexuální aktivitě
- 5 – Velmi spokojena
- 4 – Mírně spokojena
- 3 – Zhruba stejně spokojena i nespokojena
- 2 – Mírně nespokojena
- 1 – Velmi nespokojena

17. Během posledních 4 týdnů: jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity při pronikání údu do pochvy?

- 0 – Nedošlo k pokusu o soulož
- 1 – Téměř vždy nebo vždy
- 2 – Většinou (více než v polovině styků)
- 3 – Někdy (asi v polovině styků)
- 4 – Zřídka (méně než v polovině styků)
- 5 – Téměř nikdy nebo nikdy

18. Během posledních 4 týdnů: jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity po proniknutí údu do pochvy?

- 0 – Nedošlo k pokusu o soulož
- 1 – Téměř vždy nebo vždy
- 2 – Většinou (více než polovinu doby)
- 3 – Někdy (asi polovinu doby)
- 4 – Zřídka (méně než polovinu doby)
- 5 – Téměř nikdy nebo nikdy

19. Během posledních 4 týdnů: jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vašich nepříjemných pocitů nebo bolestí při pronikání nebo proniknutí údu do pochvy?

- 0 – Nedošlo k pokusu o soulož
- 1 – Velmi vysoká
- 2 – Vysoká
- 3 – Střední
- 4 – Nízká
- 5 – Velmi nízká nebo nulová

**Hodnocení dotazníku FSFI – Female Sexual Function Index, Dotazník pro
hodnocení ženské sexuální funkce**

(Rosen, 2000, s. 18)

Ke každé otázce se přiřadí počet bodů dle zaškrtnutých odpovědí, kde konkrétní hodnoty bodů jsou uvedeny přímo v dotazníku. Nejméně 0 a nejvíce 5 bodů.

Dále se sečtou body pro každou kategorii a vydělí její konstantou. Výsledné hodnoty se porovnají s normou.

Kategorie:

Touha: 1,2 (konstanta 0,6)

Vzrušení: 3,4,5,6 (konstanta 0,3)

Lubrikace: 7,8,9,10 (konstanta 0,3)

Orgasmus: 11,12,13 (konstanta 0,4)

Uspokojení: 14,15,16 (konstanta 0,4)

Bolest: 17,18,19 (konstanta 0,4)

Hraniční hodnoty:

	minimální hranice	maximální hranice
Touha	1,2	6
Vzrušení	0	6
Lubrikace	0	6
Orgasmus	0	6
Uspokojení	0,8	6
Bolest	0	6
Celkový výsledek	2	36

Příloha č. 5 - Dotazník SCL 90

Dotazník pro hodnocení psychologických funkcí Scl 90

(Roček, 2017 podle Derogatis, 2010)

Uved'te, do jaké míry Vás v těchto dnech obtěžují, nebo se u vás vyskytují příznaky vyjádřené následující položkou:

Otázky:

1. Bolesti hlavy

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

2. Nervozita, vnitřní neklid nebo rozechvění

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

3. Nechtěné, nepříjemné myšlenky, slova nebo nápady, kterých se nemůžete zbavit

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

4. Pocity na omdlení nebo závratě

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

5. Ztráta sexuálního zájmu nebo uspokojení

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

6. Pocit, že Vás druzí kritizují

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

7. Pomyšlení, že někdo jiný může ovládat Vaše myšlenky

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

8. Pocit, že druzí mají vinu na většině Vašich obtíží

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

9. Strach, že si něco nezapamatujete, nebo v případě potřeby si na to nevzpomenete

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

10. Nesnášení povrchnosti, nedbalosti a nepořádnosti

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

11. Dát se snadno znepokojit nebo podráždít

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

12. Bolesti u srdce nebo na hrudníku

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

13. Pocity strachu z otevřených prostranství (široké ulice, parky, pole)

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

14. Pocit, že máte málo energie, nebo že jste zpomalen

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

15. Myšlenky na ukončení svého života

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

16. Slyšení hlasů, zvuků apod., které jiní neslyší

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

17. Třesavka, svalové chvění v končetinách

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

18. Pocit, že většině lidí nelze věřit

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

19. Špatná chuť k jídlu

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

20. Mít blízko k pláči, snadno se rozplakat

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

21. Cítit se plachý/á, stydlivý/á, nebo nesvůj/nesvá ve vztahu k opačnému pohlaví

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

22. Pocit, jako byste byl/a chycen/a do pasti, zaskočen/a, přistižen/a při něčem nedovoleném

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

23. Náhlé a bezdůvodné stavy vyplašenosti, zděšení, paniky

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

24. Náhlé a bezdůvodné výbuchy nálad, které nemůžete ovládat

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

25. Obavy, strach vycházet z domova

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

26. Sebeobviňování

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

27. Bolesti v kříži nebo jinde v páteři

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

28. Pocit, že Vám něco brání dostat se z místa, ukončit práci

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

29. Pocit osamělosti, opuštěnosti

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

30. Sklíčenost, skleslost, pocit beznaděje, smutná nálada

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

31. Připouštět si nadměrné starosti

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

32. Pociť, že nemáte o nic zájem

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

33. Neurčité pocity úzkosti a strachu

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

34. Snadná zranitelnost citů

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

35. Pociť, že vám druzí čtou a znají Vaše tajné myšlenky

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

36. Pociť, že vám druzí nerozumí nebo s Vámi necítí

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

37. Pociť, že jsou Vám lidé nepřátelští nebo Vás nemají rádi

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

38. Nutnost dělat vše velmi pomalu pro zabezpečení správnosti

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

39. Bušení srdce, nebo jeho zrychlený tep

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

40. Návaly na zvracení, nebo nevolnost od žaludku

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

41. Pocity méněcennosti vůči druhým

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

42. Bolesti svalů

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

43. Pociť, že druzí koukají, sledují Vás nebo si o Vás povídají

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

44. Potíže s usínáním

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

45. Potřeba kontrolovat a překontrolovávat po sobě to, co uděláte

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

46. Nerozhodnost, rozhodovat se s obtížemi

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

47. Strach z cesty autobusem, tramvají, vlakem nebo metrem

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

48. Pocity nedostatku vzduchu nebo krátkosti dechu

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

49. Návaly horka nebo chladu

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

50. Nutnost vyhnout se ze strachu určitým místům, předmětům nebo činnostem

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

51. Přestává to myslet, vypovídá paměť

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

52. Necitlivost nebo pocity tuposti některých míst těla

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

53. Pocit knedlíku v hrdle

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

54. Pocit beznaděje do budoucna

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

55. Vedlejší myšlenky brání soustředit se

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

56. Pocity slabosti v některých částech těla

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

57. Pocity napětí a vzrušenosti

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

58. Pocity tíže v rukách nebo nohách

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

59. Myšlenky o smrti nebo umírání

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

60. Přejídání se

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

61. Cítit se nesvůj/nesvá, nejistý/á, když se na Vás lidé dívají

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

62. Přítomnost myšlenek, které nejsou Vaše vlastní (jakoby vloženy druhými)

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

63. Nápady a nutkání někoho ztlouci, zranit ho nebo mu jinak ublížit

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

64. Probouzet se příliš brzy

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

65. Nutkání opakovat tytéž úkony jako doteky, počítání, mytí se apod.

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

66. Neklidný, nebo narušený spánek

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

67. Touha lámat, rozbít nebo jinak ničit věci

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

68. Mívat nápady nebo názory, které nejsou "pro druhé"

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

69. Cítit se nesvůj/nesvá, nejistý/á mezi lidmi

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

70. V návalu lidí jako ve frontě, v obchodě, v kině se cítit nepříjemně, nejistě

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

71. Pociťovat vše jako námahu

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

72. Chvilky pocitů hrůzy nebo paniky

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

73. Při jídle nebo pití v přítomnosti lidí nepříjemný pocit

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

74. Dostávat se do častých sporů

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

75. Nepříjemný pocit, nervozita, jste-li o samotě

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

76. Druzí Vám nevyjadřují dostatečné uznání za Vaše úspěchy (zásluhy)

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

77. Pocity samoty, osamocenosti, i když jste mezi lidmi

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

78. Pocity takového neklidu, nepokoje, že nemůžete ani klidně sedět

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

79. Pociť, že za nic nestojíte, k ničemu nejste, nikam se nehodíte

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

80. Známe věci, jakoby byly nějaké podivné, neskutečné

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

81. Sklony na někoho zlostně pokřikovat, křičet, nebo zlostně, vztekle házet, práskat věcmi

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

82. Strach z omdlení na veřejnosti

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

83. Myšlenky, že Vás lidé využijí či zneužijí, dáte-li jim příležitost, necháte-li se

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

84. Mívat myšlenky sexuálního obsahu, které silně obtěžují, znepokojují

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

85. Myšlenky, že si zasloužíte potrestání za hříchy, přestupky nebo poklesky

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

86. Děsivé myšlenky nebo představy

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

87. Myšlenka, že se děje nebo se už stalo něco vážného, změna s Vaším tělem

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

88. Necítit se citově blízký/á k žádné osobě

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

89. Pocit viny

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

90. Dojem, že s Vaším myšlením, myšlenkami, rozumem není něco v pořádku

0) Vůbec ne 1) Trochu 2) Středně 3) Dosti silně 4) Velmi silně

Hodnocení dotazníku psychologických funkcí Scl 90

(Hauge, 2001-2009 podle Derogatis, 2010)

Ke každé otázce se přiřadí počet bodů dle odpovědi:

0 bodů- Vůbec ne

1 bod- Trochu

2 body- Středně

3 body- Dosti silně

4 body- Velmi silně

Dále se sečtou body pro každou kategorii a podělí se sumou (celkový počet otázek dané kategorie). Tím se dostanou ukazatelé závažnosti. Pro celkovou obecnou závažnost dotazníku SCL 90 je potřeba sečíst body všech otázek a podělit 90 (celkový počet otázek testu psychologických funkcí). Výsledné hodnoty se porovnají s normou.

Kategorie:

Somatizace: 1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58 suma=12

Obsese/ Kompulze: 3,9,10,28,38,45,46,51,55,65 suma=10

Hypersenzitivita: 6,21,34,36,37,41,61,69,73 suma=9

Deprese: 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79 suma=13

Anxiozita: 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86 suma=10

Hostilita: 11,24,63,67,74,81 suma=6

Fobie: 13,25,47,50,70,75,82 suma=7

Paranoidita: 8,18,43,68,76,83 suma=6

Psychocismus: 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90 suma=10

Hraniční hodnoty u žen:

	hranice normy	hranice onemocnění
Somatizace	0.92	1.32
Obsese/ Kompulze	1.26	1.35
Hypersenzitivita	0.83	1.28
Deprese	0.97	1.56
Anxiozita	1.03	1.58
Hostilita	0.68	0.98
Fobie	0.48	0.81
Paranoidita	0.61	1.00
Psychocismus	0.32	0.56
Obecný ukazatel	0.81	1.18

Příloha č. 6 - Dotazník vizuální analogové škály

Dotazník vizuální analogové škály v době největších bolestí

(podle Krulík, 2010, s. IX)

INTENZITA BOLESTI

ŽÁDNÁ

NEJHORŠÍ MOŽNÁ

NEPŘÍJEMNOST BOLESTI

ŽÁDNÁ

NEJHORŠÍ MOŽNÁ

CELKOVÁ SEXUÁLNÍ SPOKOJENOST

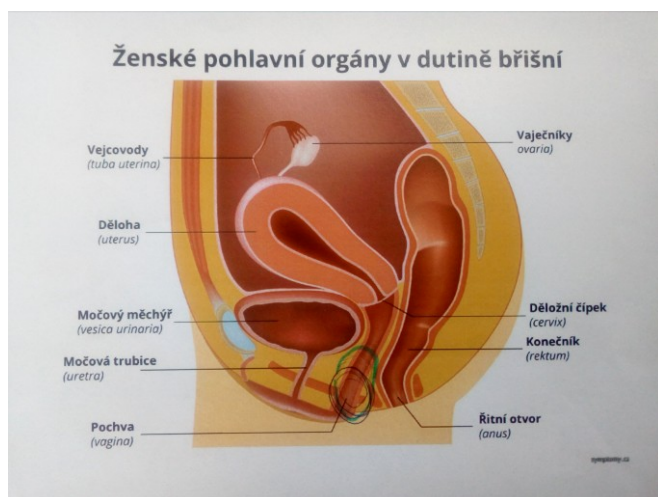
POHODA

NEJHORŠÍ MOŽNÁ

Příloha č. 7 - Dotazník zakreslení bolesti

Dotazník zakreslení bolesti

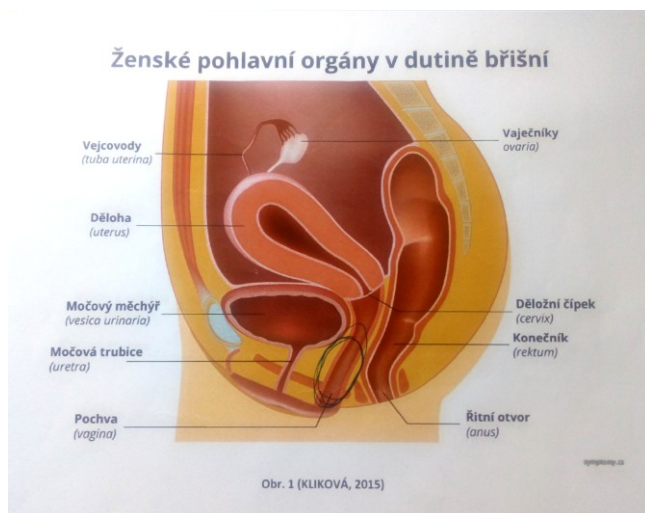
Zakreslete místo bolesti a zvýrazněte, kde je intenzita bolesti největší.



Kazuistika č. 1 před terapií



Kazuistika č. 2 před terapií



Kazuistika č. 1 po terapii



Kazuistika č. 2 po terapii

*Obr. 6 – Ženské pohlavní org. v dutině břišní
(Kliková, 2015)*